



Jorge Miguel Santos
Gomes da Silva

Relatório de Trabalho de Projeto

Plano de integração de novos enfermeiros do
serviço de urgência geral de um hospital

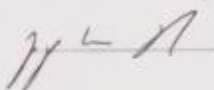
Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para
cumprimento dos requisitos necessários à obtenção
do grau de Mestre em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, realizada sob a orientação científica da
Professora Doutora Maria Alice Gois Ruivo

Junho 2013

[DECLARAÇÕES]

Declaro que este Relatório de Trabalho de Projeto é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

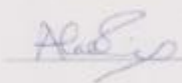
O candidato,



Sentido, 3 de Junho de 2013.

Declaro que este Relatório de Trabalho de Projeto se encontra finalizado e em condições de ser apreciada(o) pelo júri a designar.

O(A) orientador(a),



Sentido, 25 de Junho de 2013.

AGRADECIMENTOS

À Isabel

Pela paciência

Ao Rafael e à Matilde

Pelo deixei de brincar convosco

À Professora Doutora Maria Alice Ruivo

Pela paciência e sapiência na orientação deste trabalho

À enfermeira orientadora de estágio Paula Costa

Pela dedicação durante o tempo de estágio

À enfermeira Helen Grant

Pela ajuda com a língua inglesa

A todos (família, amigos, colegas de trabalho, colegas de curso) que de uma forma ou de outra, ajudaram na elaboração desde trabalho

RESUMO

Este relatório tem a finalidade de descrever o trabalho de projeto e todas as reflexões desenvolvidas nos estágios do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica que decorreram no Serviço de Urgência Geral de um hospital português.

Reconhecendo que em virtude dos movimentos migratórios e da atividade turística, cruzam-se no território de intervenção do Hospital X diferentes culturas, assim a contextualização teórica passou pelo aprofundamento da Teoria de Médio Alcance de Madeleine Leininger que reflete sobre o Cuidar Transcultural.

Por outro lado houve a intensão de refletir sobre o processo de integração de novos profissionais num Serviço de Urgência, foi necessário contextualizar as noções de aprendizagem, de competência e desenvolvimento de competências, o que levou ao aprofundamento do modelo de desenvolvimento de competências de Patricia Benner, que aborda a forma como o enfermeiro desenvolve as suas capacidades e habilidades através da aprendizagem e das experiências profissionais.

O desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em situação Crítica e do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foi efetuado com base em duas vertentes: através da utilização da metodologia de projeto onde desenvolvemos um projeto de intervenção em serviço com a finalidade de estruturar um novo processo de socialização no Serviço de Urgência Geral do Hospital X, materializado num manual de integração e num guia de integração. A dimensão da aprendizagem clínica decorreu com a prestação de cuidados na sala de reanimação de um serviço de urgência médico-cirúrgica. Foram efetuadas reflexões sobre as situações mais frequentes assistidas no serviço e a prestação de cuidados realizada, tendo como referencial as competências definidas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

PALAVRAS-CHAVE

Competências, socialização, integração, urgência, metodologia de projeto

ABSTRACT

This report describes the project work involved and the reflection of, the internship of the Medical-Surgical Master's Degree course which took place in the Accident and Emergency Department of a Portuguese Hospital.

In recognition to the virtue of the migratory movement and the touristic activity crossing within the territory of intervention in Hospital X of different cultures, the theoretical contextualisation therefore passed to an exploration (examination) of the Theory of Medium Range of Madeleine Leininger which reflects on Transcultural Care.

On the other hand, there was intention to reflect about the process of integration of new professionals into the Casualty Department and so it was necessary to contextualise the learning notions of competence and the development of competence, which led to the exploration of the model of development of competence of Patricia Benner, which approached the way in which nurses develop their capacities and skills through learning and professional experience.

The development of specialist skills of the Nurse Specialist in Critical Care and of the Masters in Medical-Surgical Nursing, was effectuated with a basis of two distinct aspects: through the use of project method where an intervention project is developed with the finality to structure a new process of socialisation on the Casualty Department of Hospital X, materialising in an Integration Manual and an Integration Guide. The dimension of clinical learning happened with the care given in the Reanimation Room in an Accident and Emergency Department. There was reflection about the most frequently assisted situations in the department and the care given taking as reference the competencies defined for a Critical Care Nurse Specialist.

KEY WORDS

Competencies; Socialisation; Integration; Urgency/Casualty; Project Methodology

SIGLAS, ACRÓNIMOS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CA - Conselho de Administração

CAD - cetoacidose diabética

CCI - Comissão de Controlo da Infecção

CIPE/SAPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem /
Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

CODU - Centro Orientador de Doentes Urgentes

DGS - Direção Geral de Saúde

DM - Diabetes Mellitus

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG - Eletrocardiograma

EPE - Entidade Pública Empresarial

ESO - European Stroke Organisation

EUSI - European Stroke Initiative

FA - Fibrilação Auricular

GAIU - Gabinete de Apoio e Informação ao Utente

IACS - Infecção Associadas aos Cuidados de Saúde

IEFP – Instituto de Emprego e Formação Profissional

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MCD - Meios Complementares de Diagnóstico

MRSA - Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina

NP - Norma de Procedimento

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAC - Projeto de Aprendizagem Clínica

PEE - Plano de Emergência Externo

PEI - Plano de Emergência Interno

PIS - Projeto de Intervenção em Serviço

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

rtPA - activador do plasminogénio tecidular recombinante

SCA - Síndromes Coronárias Agudas
SIE - Serviço de Instalações e Equipamentos
SPD - Sociedade Portuguesa de Diabetologia
SR - Sala de Reanimação
SSO - Serviço de Saúde Ocupacional
SUB - Serviço de Urgência Básica
SUG - Serviço de Urgência Geral
SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats
TAC - Tomografia Axial Computorizada
UE – União Europeia
UIDA - Unidade de Internamento de Doentes Agudos
VE - Vigilância Epidemiológica
VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VVC - Via Verde Coronária

ABREVIATURAS

°C - Grau Celsius

art.^o – artigo

cit. - citado

Km – Quilómetros

mEq/L - milequivalentes por litro

mg/dl - miligramas por decilitro

mmHg - Milímetro de mercúrio

N.^o - Número

p. – página

Sr.^a - Senhora

Índice

Introdução	11
1. Contexto teórico	13
1.1. Teoria de médio alcance de Madeleine Leininger	15
1.2. As aprendizagens	19
1.3. As competências e o seu desenvolvimento	22
1.3.1. Desenvolvimento de competências na enfermagem	27
1.4. Socialização, acolhimento e integração	34
2. Os estágios	42
2.1. O projeto de intervenção em serviço	44
2.1.1. O diagnóstico da situação	47
2.1.2. Definição de objetivos	55
2.1.3. O planeamento	56
2.1.4. A execução	58
2.1.5. A avaliação	87
2.2. O projeto de aprendizagem clínica	88
3. O desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica	107
4. Análise dos contributos teóricos	115
5. Desenvolvimento das competências do mestre em enfermagem médico-cirúrgica	121
6. Considerações finais	130
Bibliografia	133

ANEXOS

Anexo I

Modelo sunrise

Anexo II

Benefícios e riscos do tutor no processo de socialização

Anexo III

Cartaz de divulgação da sessão pública

Anexo IV

GRACE score

Anexo V

Algoritmo bradicardia

Anexo VI

Nursing Ethics Decision Making Algorithm

Anexo VII

Modelo trinitário de Wright

APÊNDICES

Apêndice I

Pedido de autorização de entrevista

Apêndice II

Guia para entrevistas aos enfermeiros responsáveis pela integração

Apêndice III

Guia para entrevistas aos enfermeiros integrados

Apêndice IV

Análise das entrevistas aos enfermeiros do serviço de urgência geral

Apêndice V

Análise SWOT do processo de integração de novos enfermeiros

Apêndice VI

Stream Analysis processo de integração de novos enfermeiros

Apêndice VII

Ficha de diagnóstico de situação

Apêndice VIII

Mapa de planeamento do Projeto de Intervenção em Serviço

APÊNDICE IX

Pedido de autorização de entrevistas

Apêndice X

Relatório de estágio da CCI

Apêndice XI

Relatório da análise dos planos de emergência

Apêndice XII

Impresso de avaliação final do processo de integração

Apêndice XIII

Impresso de avaliação intercalar

Apêndice XIV

Guia de integração

Apêndice XV

Manual de integração de enfermeiros no Serviço de Urgência Geral

Apêndice XVI

Plano de sessão

Apêndice XVII

Apresentação informática da sessão pública

Apêndice XVIII

Avaliação da sessão pública

Apêndice XIX

Planeamento do Projeto de Aprendizagem de Competências

Apêndice XX

Dossiê temático “complicações agudas da diabetes”

Apêndice XXI

Artigo “Alguns aspetos da integração de novos trabalhadores na organização”

INTRODUÇÃO

O I Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal, foi planeado em três semestres letivos, num modelo de alternância entre teoria e prática. Nos dois últimos semestres, existem estágios, que são concetualizados essencialmente em duas dimensões, uma denominada de Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) e outra intitulada de Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC). O PIS visa essencialmente a aquisição e o aprofundamento das Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas; por sua vez o PAC está essencialmente virado para a aquisição e o aprofundamento das Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Nunes, Ruivo & Lopes, 2011).

Como momento de reflexão acerca do trabalho realizado durante o curso no global e em particular nos estágios, surge este relatório em que se pretende de uma forma sintética, sistematizar, organizar e interpretar as aprendizagens efetuadas (Ruivo et al., 2010). Por sua vez Fonseca (2012) refere que a elaboração de um relatório tem a finalidade de procurar descrever a forma como determinado trabalho decorreu; deve funcionar como um registo para memória futura da experiência acumulada pelo autor durante a realização do trabalho e mostrar os resultados que foram obtidos.

O relatório apresenta os passos percorridos para efetuar o diagnóstico de situação, planeamento, execução, avaliação e a divulgação dos resultados obtidos do PIS e do PAC, que foram desenvolvidos segundo a metodologia de projeto. Esta metodologia de investigação surge orientada para a resolução de problemas, capaz de reproduzir a realidade e de a transformar. Procura traduzir-se num ganho de capacidades e competências para elaborar e concretizar projetos em situação real (Ruivo et al., 2010).

O objetivo geral que presidiu à elaboração deste relatório foi o de construir um documento que espelhe todo o trabalho desenvolvido durante os estágios do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Como objetivos específicos temos:

- Proporcionar a avaliação do trabalho realizado;

- Refletir sobre os conceitos conceituais estruturantes da elaboração dos projetos;
- Apresentar o percurso percorrido na elaboração dos projetos;
- Dar a conhecer a importância dos aportes teóricos no desenvolvimento dos projetos;
- Refletir sobre a aquisição das competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica;
- Refletir sobre a aquisição das competências do mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O relatório para uma melhor compreensão encontra-se dividido em seis grandes partes, na primeira apresentamos o enquadramento conceptual onde baseamos a elaboração dos projetos. Uma segunda parte onde apresentamos os projetos a desenvolvidos durante os estágios, o PIS orientado predominantemente para as competências comuns do especialista e o PAC orientado para as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. O terceiro capítulo reflete o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Na quarta parte, analisamos os aportes teóricos ministrados na competente letiva do curso de mestrado e a sua articulação com os projetos. De seguida analisamos o desenvolvimento das competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica através dos projetos elaborados durante o estágio. Por último apresentamos algumas considerações sobre a forma como decorreu o trabalho, os ensinamentos obtidos e as suas limitações.

1. CONTEXTO TEÓRICO

No decorrer de uma investigação o **contexto teórico** é o elemento que orienta o caminho a seguir. É um momento de reflexão que permite enquadrar o assunto a ser trabalhado dentro das teorias existentes e especificar a escola de pensamento que dá significado, ao que se quer conhecer de forma mais aprofundada (Rivera-García, 1998). No mesmo sentido refere Münch e Ángeles (1988, cit. por Santamaría, 2011) que o contexto teórico é a exposição e a análise das teorias que fundamentam a investigação e permitem interpretar os seus resultados.

Cuidar do outro é algo de essencial ao ser humano, tendo como primeira finalidade, permitir a continuidade da própria vida (Collière, 1999). No entanto cuidar o outro, de forma profissional, durante longo tempo não teve qualquer conceptualização (Alligood & Tomey, 2004). A enfermagem, enquanto disciplina científica, necessitou de “*produzir um corpo de conhecimentos próprio que atenda aos interesses, necessidades e peculiaridades da profissão e do contexto social*” (Schaurich & Crossetti, 2010, p.183).

A fundamentação teórica da enfermagem cresceu de forma idêntica às demais ciências, centrando o seu conhecimento em novas formas de observar os fenómenos, neste caso o **cuidar**, quando este é feito de forma profissional, diz Donalson (1997, cit. por Amendoeira, 2000). Tal como diz Leininger (1984, cit. por Amendoeira, 2000) “*caring is nursing, and nursing is caring*.”

Podemos colocar a questão da necessidade do desenvolvimento de teorias para a enfermagem e quais as suas vantagens? A afirmação da enfermagem, enquanto disciplina académica e profissão, decorreu concomitantemente com desenvolvimento das suas teorias. Estas permitem dar significado ao conhecimento com a finalidade de “*melhorar a prática, descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos*” (Alligood & Tomey, 2004, p.12). O conhecimento teórico desenvolvido de forma sistemática orienta a reflexão crítica sobre os fenómenos de enfermagem e a tomada de decisão, mas sobretudo os enfermeiros “*perceberão por que fazem o que estão a fazer e serão capazes de o explicar claramente a outros*” (Alligood & Tomey, 2004, p.12). A concetualização da profissão leva à sua autonomia, orienta a prática, o ensino e a investigação.

A enfermagem deverá ser encarada como uma disciplina profissional. As disciplinas académicas caso de física, da matemática ou da filosofia têm como objetivo, o conhecimento e as suas teorias são descritivas. Por outro lado as disciplinas profissionais, onde a enfermagem se inclui, são orientados para objetivos originando teorias descritivas mas também prescritivas, diz Donalson (1997, cit. por Amendoeira, 2000).

A enfermagem, diz Carper (1997, cit. por Amendoeira, 2000), trabalha com as experiências das pessoas no que diz respeito aos acontecimentos e problemas de saúde, sendo necessário compreender o significado de saúde e de bem-estar individual. Estas interpretações têm uma lógica supra-individual, já que para além dos contextos organizacionais, vários fatores articulam-se de forma a se construir uma determinada configuração (Amendoeira, 2000). Assim, a não compreensão do outro de uma de forma holística, é potenciadora de conflitos e insatisfação com os cuidados prestados o que sugere a necessidade de adaptação do prestador aos seus utentes, sendo a componente cultural uma dimensão importante nesta aproximação. A adaptação dos cuidados de enfermagem à cultura do utente procura uma prática congruente, que reconhece a pessoa como um ser holístico, que se encontra no fulcro do desempenho de enfermagem (Welch, 2004).

A instituição onde foi realizado o estágio localiza-se numa região cuja principal atividade económica é o turismo (Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Algarve, 2011), esta atividade traduz-se num afluxo de pessoas de origens díspares, portadores de culturas, entendimentos de cuidados de saúde e de enfermagem, diferentes dos habitantes da região e dos próprios profissionais. Por outro lado a população estrangeira residentes em Portugal em 31 de Dezembro de 2010, eram de 443.055 pessoas, sendo que na região em causa, estavam registados 71.808. As maiores comunidades registadas eram: a brasileira, a britânica, a ucraniana e a romena. Na área de intervenção do Hospital X estão registados 29.069 pessoas estrangeiras (INE, 2011a).

O reconhecimento da existência de uma população com uma crescente diversidade cultural, nas suas diferentes acessões, traduz-se no cruzamento de diferentes culturas no mesmo espaço geográfico, o que torna necessário adaptar a prática de enfermagem, de forma a prestar **cuidados culturalmente sensíveis**, tal como é preconizado na regulamentação da profissão. Assim, é possível ler nas

competências do enfermeiro de cuidados gerais, emanadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) que este deve prestar cuidados culturalmente sensíveis (OE, 2004). Por sua vez nas competências comuns do enfermeiro especialista está descrito no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal que o profissional deve promover “*o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos*” (OE, 2010, p.5), reconhecer “*os direitos dos outros*” (OE, 2010, p.5) e manter “*um processo efectivo de cuidado, quando confrontado com valores diferentes*” (OE, 2010, p.5). Tendo em consideração este contexto, é analisada a **teoria de médio alcance** proposta por Leininger sobre o **cuidar transcultural**.

As teorias de médio alcance são caracterizadas por ter:

“um foco de interesse mais limitado do que a teoria e determina coisas como a situação ou o estado de saúde, a população de doentes ou a sua faixa etária, o estabelecimento ou a área de prática e a actuação da enfermeira ou a intervenção” (Alligood & Tomey, 2004, p.8).

1.1. TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DE MADELEINE LEININGER

As ideias de Madeleine Leininger começaram a ser desenvolvidas durante a década de 50, com o reconhecimento que a cultura influencia a percepção que os indivíduos têm da enfermagem e do cuidar. A autora questionou até que ponto o resultado do trabalho dos enfermeiros é influenciado pela cultura do utente e como a maior ou menor adaptação dos cuidados prestados à cultura do utente interfere com os objetivos finais da prestação de cuidados. Para compreender a necessidade de aproximação da prestação de cuidados à cultura dos utentes, a autora procurou na antropologia conhecimentos para fundamentar a suas ideias. Com base no estudo comparativo de diversas culturas e sub-culturas, na interpretação dos conceitos de saúde, de doença e do cuidar, procurou desenvolver conhecimento científico e humanista, capaz de adaptar o trabalho da enfermagem à cultura da pessoa (Welch, 2004).

Para Leininger a cultura é o meio mais alargado de compreender as pessoas, sendo este conhecimento central à prática de enfermagem. É um conhecimento diferente do habitual que exige novos pressupostos. Em lugar de um conjunto de conceitos ligados de forma lógica, inter-relacionados entre si e capazes de explicar ou prever um evento, fenómeno ou situação, a autora propõe a

“descoberta sistemática e criativa de conhecimentos sobre um domínio de interesse ou um fenómeno que parece importante compreender ou ter em conta para algum fenómeno desconhecido” (Welch, 2004, p.568). Este novo conceito defende a descoberta dos valores, das crenças, das ações, das práticas do cuidar baseados em modelos culturais de indivíduos, famílias e grupos com a finalidade de prestar cuidados de enfermagem eficazes e culturalmente coerentes (Welch, 2004).

Defendendo o cuidar como essência da enfermagem, Leninger diz que é o elemento unificador e distintivo da profissão. Existem diferentes formas, expressões e padrões, algumas dessas formas de cuidar são universais, outras são diferentes de cultura para cultura.

A definição de enfermagem transcultural é apresentada por Leninger em 1979 e aqui citada por (George, 2000, p.297) como:

“um subcampo ou ramo da enfermagem que enfoca o estudo comparativo e a análise de culturas com respeito à enfermagem e às práticas de cuidados de saúde-doença, às crenças e aos valores, com a meta de proporcionar um serviço de atendimento de enfermagem significativo e eficaz para as pessoas de acordo com os seus valores culturais e seu contexto de saúde-doença”.

A cultura é definida por Leninger (1991, cit. por George, 2000, p.300) como *“os valores, crenças, normas e modos de vida de um determinado grupo apreendidos, compartilhados e transmitidos e que orientam o seu pensamento, as suas decisões e suas acções de maneira padronizada”*.

A descoberta da cultura do outro é possível através de documentação e do estudo do seu mundo. Este conhecimento pode ser alcançado quer de forma dedutiva, quer indutiva, mas deriva de uma perspectiva *“emic”* ou *“etic”*. A perspectiva *“emic”* refere-se à forma como os próprios membros do grupo percebem a sua cultura e o seu mundo, é uma perspectiva de quem está no interior; por sua vez a perspectiva *“etic”* é a interpretação das experiências da cultura em estudo, a partir das pesquisas efetuadas (Braga, 1997).

A intenção da teoria de enfermagem transcultural é compreender as perspectivas *“emic”* das pessoas sobre o cuidar e posteriormente utilizar como conhecimento ético-profissional, capaz de orientar as práticas do cuidar. *“O objectivo da teoria é fornecer um cuidar culturalmente coerente e responsável, que seja razoavelmente*

adequado às necessidades de cultura, valores, crenças e realidades do modo de vida do cliente” (Welch, 2004, p.569).

A compreensão das dimensões “emic” e “etic” deverão ter em consideração que estas se enquadram em contextos linguísticos, espirituais, sociais, políticos, educacionais, tecnológicos e ambientais particulares que deverão ser tidos em conta. O cuidar cultural é assim diverso, conforme os valores, as crenças, normas e modo de vida, que se manifestam nas formas assistenciais de apoio, auxílio, sustentação ou de capacitação da pessoa ou de grupos, com a finalidade de manter o bem-estar, a saúde ou de lidar com a doença ou a morte (George, 2000).

Nos anos 70, Leininger apresenta o Modelo Sunrise (ANEXO I), com o intuito de esquematizar os componentes essenciais da **Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidar Cultural**. Refere no entanto que o modelo não é a teoria, é sim, a forma de descrever os diversos componentes e suas interligações com a finalidade de facilitar a compreensão e orientar a prestação de cuidados de enfermagem culturalmente sensíveis.

O esquema proposto apresenta na sua parte superior um sol nascente onde se encontram representados os aspetos da estrutura social. Os componentes apresentados são: tecnológicos, religiosos e filosóficos, parentais e sociais, valores e estilos de vida culturais, políticos e legais, económicos e educacionais. Estes componentes e as relações entre eles influenciam as expressões, os padrões e as práticas do cuidar e são a base dos conceitos de bem-estar e de saúde desenvolvida pelos indivíduos, famílias, grupos, comunidades e instituições, que são o foco da prestação de cuidados (Oriá, Ximenes & Pagliuca, 2007). O nível seguinte representa a relação que é estabelecida entre o utente (indivíduo, família, grupo, comunidade ou instituição) e os prestadores de cuidados de saúde ou sistema de saúde, onde o cuidar em enfermagem deve servir de ponte entre os sistemas populares e o sistema profissional de cuidar (Welch, 2004). O nível imediatamente abaixo, situa-se o planeamento, a definição de estratégias e as tomadas de decisão dos cuidadores de saúde que são manifestadas nas ações do cuidar em enfermagem. Diz George (2000) que estas ações podem ser descritas de três modos distintos:

- a) **A preservação / manutenção do cuidar cultural**, onde a ação do profissional tem como foco central o apoio, a relação de ajuda e a capacitação do outro para conhecer, elevar e desempenhar as suas capacidades (empowerment) a um nível mais elevado, para preservar uma saúde favorável, recuperar de um processo de doença ou enfrentar de forma digna o processo de morte;
- b) **A adaptação / negociação do cuidar cultural**, é centrada na ação de apoio, na relação de ajuda ou na capacidade de negociar (através da facilitação, da capacitação ou na assistência), visando a adaptação da saúde dos utentes e dos padrões de prestação de cuidados de forma a assegurar o bem-estar ou a enfrentar a morte;
- c) **A remodelação / reestruturação do cuidado cultural**, com enfoque nas ações profissionais que podem proporcionar ajuda na modificação de padrões significativos de vida e de saúde para outros mais saudáveis e proporcionadores de bem-estar respeitando os valores culturais dos indivíduos ou grupos.

Para uma melhor compreensão do modelo é importante conhecer a definição dos quatro metaparadigmas da ciência de enfermagem, pessoa, ambiente, saúde e enfermagem.

O conceito de **pessoa** não surge completamente definido, já que aparece enquadrado no âmbito da família, comunidade e instituições. Na teoria de Leininger existe a valorização da cultura da pessoa, enquadrado nas suas diversas dimensões e é referido como agente ativo nas intervenções dos profissionais no cuidar, tanto do ponto de vista do “emic” como do “etic”. O indivíduo ou o grupo são inseridos num sistema sociopolítico e económico que afeta a saúde (Oriá, Ximenes & Pagliuca, 2007). É também referido como agente capaz de se preocupar com as necessidades, o bem-estar e a sobrevivência dos seus pares (George, 2000).

A **saúde** é por sua vez pensada como a *“condição de bem-estar que é culturalmente definida, valorizada e praticada, refletindo a capacidade dos indivíduos (ou grupos) desempenharem as suas actividades diárias de modo culturalmente expressos, benéficos e modelares”* (Welch, 2004, p.572). Apesar de ser um conceito transversal às diferentes culturas, é definida para cada uma delas

em função das suas crenças, valores e práticas. Diz George (2000, p.299), citado Leninger, em 1991, que saúde é *“um estado de bem-estar culturalmente definido, valorizado e participado, que reflete a capacidade dos indivíduos (ou grupos) para desempenhar as atividades diárias em modos de vida culturalmente expressos, benéficos e padronizados”*.

O conceito de **ambiente** é alargado, não se aplica apenas à dimensão física, considera os diferentes fatores representados no Modelo Sunrise. O contexto ambiental aparece descrito como a *“totalidade de um evento, situação, ou experiência específica que confere significado às expressões humanas, interpretações e interações sociais, particularmente contextos físicos, ecológicos, socio-políticos e/ou culturais”* (Welch, 2004, p.572).

A **enfermagem** por sua vez, é definida como uma disciplina científica e profissão humanística aprendida *“centrada nos fenómenos do cuidar humano e nas atividades para auxiliar, apoiar, facilitar ou capacitar indivíduos ou grupos a manter ou readquirir o seu bem-estar (ou saúde) de formas culturalmente significativas”* (Welch, 2004, p. 571).

A prestação de cuidados culturalmente sensíveis requer o desenvolvimento de competências nesta área, o que vai ao encontro à área trabalhada durante o período de estágio.

1.2. AS APRENDIZAGENS

O trabalho desenvolvido durante os estágios tem como um dos referenciais a aquisição e desenvolvimento de competências, que é explorada neste trabalho em duas vertentes, a da socialização dos profissionais numa organização hospitalar, mas também numa uma dimensão de aquisição de competências enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Estas vertentes que se pretendem complementar, resultam das duas dimensões do estágio, o PIS e PAC.

O reconhecimento que diferentes idades e contextos de vida são potenciais oportunidades de aprendizagem, vai ao encontro às políticas educativas que são definidas pela União Europeia (UE), que visam incrementar uma economia baseada no conhecimento, tendo a **aprendizagem ao longo da vida** como o

instrumento capaz de assegurar a competitividade, de países e pessoas (Alves, 2010). Da análise crítica que esta autora faz do desenvolvimento da aprendizagem ao longo da vida, enquanto eixo fundamental na política educativa, destacamos: as já citadas finalidades económicas; a dimensão individual que estes tipos de aprendizagens têm e as suas implicações pedagógicas (Alves, 2010).

A natureza individual da aprendizagem contínua é apresentada, mais como um “dever” da própria pessoa, do que como um direito. É referido por Popkewitz et al., (2006, cit. por Alves, 2010) que os percursos educativos são projetos pessoais que se desenvolvem ao longo da vida de acordo com as suas decisões na busca da mudança e da inovação. No entanto, a crescente dificuldade em planear a longo prazo e a crescente desinstitucionalização dos processos educativos, têm potenciado a individualização e a privatização, sendo fator de desigualdades sociais, diz Bauman (2005, cit. por Alves, 2010).

A dimensão pedagógica, parte do pressuposto que a aprendizagem decorre ao longo da vida e é condicionada pelo tempo e lugar onde decorre, encarando a sociedade como fonte de aprendizagem, tal como diz Popkewitz et al. (2006, cit. por Alves, 2010, p.10) “*a sociedade como escola*”. No entanto esta ideia necessita do estabelecimento de alguma demarcação concetual, nomeadamente na compreensão das particularidades necessárias para considerar determinados momentos como educativos. A ideia que a educação envolve necessariamente uma relação pedagógica é referenciada por Young (2010, cit. por Alves, 2010, p.11) dizendo que só são “*instituições educativas especializadas, aquelas que potenciam a possibilidade de cada indivíduo construir conhecimento a que não teria acesso sozinho vivenciando experiências ao longo e ao largo da vida*”. Há então a necessidade de diferenciar as aprendizagens inerentes ao desempenho profissional ou de carácter lúdico, daquelas que decorrem em ambientes orientado e estruturados para a educação.

É reconhecida a limitação da educação escolar, formal, numa sociedade baseada no conhecimento e em rápida transformação, onde os desenvolvimentos tecnológicos são rápidos, aos quais pessoas e organizações têm que se adaptar de forma ágil, associada à existência de transformações demográficas, como os movimentos migratórios (Carneiro, 2000) e uma crescente reflexão sobre todos

estes processos (Ambrósio, 2001). Esta última autora leva-nos a consciencializar uma vida em permanente transformação, que potencia a mudança social mas também a incerteza. A estas alterações deverão se adaptar as metodologias de aprendizagem, que deverão rever os seus fins avançando para um novo paradigma de educação ao longo da vida.

No ano de 2000, a Comissão das Comunidades Europeias, ratifica o Memorando sobre Aprendizagem ao Longo da Vida, onde são enunciadas as categorias da aprendizagem, assim:

- **A aprendizagem formal**, é aquela ministrada em instituições de ensino e formação e que conferem diplomas e qualificações com reconhecimento social;
- **A aprendizagem não-formal**, decorre fora das instituições de ensino e formação, não conferindo diplomas ou certificados formais. Esta forma de aprendizagem pode ocorrer no local de trabalho, em organizações, ou em grupos e podem complementar os sistemas convencionais;
- **A aprendizagem informal**, resulta das vivências diárias dos indivíduos. Este tipo de aprendizagem pode não ser intencional, podendo não ser apreendida pelos próprios como desenvolvimento das suas aptidões ou dos seus conhecimentos.

A educação formal assenta numa estrutura rígida, submetida às disciplinas, aos currículos e à relação mais ou menos formal professor-aluno. Por sua vez a aprendizagem informal é mais livre e espontânea, decorre da vida quotidiana dos indivíduos, resultando em grande parte do processo de socialização da pessoa. Com uma posição intermédia, os processos de aprendizagem não-formais, representam as práticas educativas, que apesar de estruturadas e organizadas, não se encontram condicionadas pelo sistema de ensino formal (Pinto, 2007).

A aprendizagem formal tem o seu lugar em escolas, universidades ou outras instituições de ensino, com currículos e regras de certificação e de validação definidas. A aprendizagem não-formal *“é acima de tudo um **processo de aprendizagem social**, centrado no formando/educando, através de actividades que têm lugar fora do sistema de ensino formal e sendo complementar deste”* (Pinto, 2005, p.4).

A diferenciação da aprendizagem informal, da formal e da não-formal, tem passado essencialmente por dois critérios, o da intencionalidade e o carácter sistemático e metódico. No entanto estas perspetivas podem ser equivocadas, nomeadamente quando confrontadas com as aprendizagens efetuada na família. Será a socialização da criança na família isenta de intencionalidade? São então associados os conceitos de diferenciação e de especificidade. Sendo que assim, as aprendizagens formais e não-formais seriam caracterizadas pela intencionalidade com base em objetivos explícitos, com processos diferenciados e específicos Trilla-Bernet (2003, cit. por Pinto, 2007).

A diferenciar a aprendizagem formal da não-formal Trilla-Bernet, sugere dois critérios: o metodológico e o estrutural. Sobre o primeiro, refere aquele autor, que apesar de serem processos educativos intencionais, com objetivos explícitos e específicos diferenciam-se dos “*procedimentos convencionalmente escolares*” Trilla-Bernet (2003, cit. por Pinto, 2007, p.53). O ponto de vista estrutural aponta para o ordenamento político, administrativo e legal, que reflete a forma como o sistema de ensino está construído. Assim, o formal é definido de forma diferente entre países, segundo as suas leis, sendo que o que é não-formal, é aquele que está aparte do sistema de educação graduada; da mesma forma do que antes era não-formal pode passar a ser formal Trilla-Bernet (2003, cit. por Pinto, 2007).

Os diversos tipos de aprendizagem descritos entrecruzam-se durante o estágio. Por um lado há dimensão do PIS, onde a abordagem sobre a integração de novos profissionais num Serviço de Urgência (SU), leva-nos à reflexão sobre a necessidade de socialização destes novos elementos no serviço, recorrendo a mecanismos de aprendizagem não-formal e informal, tendo por base as competências adquiridas durante a sua formação formal e o seu posterior desenvolvimento enquanto enfermeiros de cuidados gerais, nesta dimensão é ainda de considerar o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Do ponto de vista do PAC, há a perspetiva do desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Assim torna-se necessário enquadrar concetualmente as competências e a sua aquisição.

1.3. AS COMPETÊNCIAS E O SEU DESENVOLVIMENTO

O conceito de competência tem sido utilizado em diferentes áreas do conhecimento: como na ergonomia, nas ciências da educação, na sociologia do trabalho, entre outras. Estas diferentes abordagens traduzem-se na emergência de noções de competência que não são consensuais, ou seja, apesar de não descreverem uma realidade nova, estas são compreendidas e classificadas sob pontos de vista diferentes, quer da investigação quer da prática, diz Aubret et al. (1993, cit. por Pires, 2002).

Esta diversidade de pontos de vista, traduz-se em conceitos diversos, sobre o que é a competência, assim para Alarcão e Rua (2005, p.375) esta é “*saber o que fazer em cada situação concreta*”; já Rosário et al. (2006, p.106, cit. por Oliveira, 2010) diz que a competência é “*um conjunto de conhecimentos, destrezas e atitudes necessários para exercer uma determinada tarefa, e para resolver problemas de forma autónoma e criativa*”. Por fim e recorrendo à origem da palavra ficamos a saber que esta “*deriva do latim competens, que significa: o que vai com..., o que é adaptado a ...*” (Alarcão & Rua, 2005, p.375).

Das diversas perspetivas de competência, são abordadas aquelas que melhor se adaptam ao tema do trabalho, nomeadamente aos processos de socialização e de integração de novos profissionais num serviço e as aquisições de competências do enfermeiro especialista, quer comuns quer específicas.

A **ergonomia** estuda o trabalho enquanto relação entre a pessoa e o meio técnico (Pires, 2002), analisa a competência dividindo-a em três componentes:

- As **teóricas**, que permitem conhecer como funcionam das coisas;
- O **saber-fazer**, o saber que consegue explicar como as coisas são feitas;
- Os **metaconhecimentos**, os saberes que permitem gerir os seus próprios conhecimentos, de acordo com as situações concretas e que são aprendidos através da experiência, Montmollin (1998, cit. por Pires, 2002).

Nesta perspetiva, as competências são os saberes utilizados pelas pessoas nas diversas situações de trabalho (Pires, 2002).

Outro autor, De Terssac (1998, cit. por Pires, 2002) apresenta a competência como uma noção intermédia entre o saber e a tarefa. A utilização dos saberes é

condicionada pelo contexto onde se desenvolve a ação, sendo que a competência permite gerir a relação entre o conhecimento e a ação (Pires, 2002).

Do ponto de vista da ergonomia Pires (2002, p.238), indica as características das competências que são apresentadas por Leplat (1990 e 1991), De Terssac (1998) e Aubret et al. (1993), que se apresentam:

- *“as competências são finalizadas, ou seja, é-se “competente para”; os conhecimentos (operativos ou funcionais) são utilizados para a realização de uma finalidade;*
- *as competências são aprendidas, através de um processo de aprendizagem, quer na escola quer na empresa;*
- *as competências são organizadas em unidades coordenadas, de acordo com hierarquias ou relações que estabelecem entre si;*
- *a competência é uma noção abstracta e hipotética que serve para explicar a organização de uma acção, da qual apenas é possível observar as suas manifestações, através da inferência a partir do seu desempenho”.*

As **ciências da educação** analisam as interações entre os sujeitos e o meio social e profissional, do ponto de vista da educação e da formação. Neste campo a utilização da noção de competência sofre a influência da pedagogia por objetivos, onde há ideia que a indicação clara dos objetivos para cada ação, com a indicação dos comportamentos esperados, levaria à passagem do saber para o saber fazer, diz Rey (1998, cit. por Pires, 2002).

Em formação e educação, diz Gillet (1991 e 1998, cit. por Pires, 2002) o conceito de competência associa-se a uma das três formas de saber: o saber-fazer, saber-saber e o saber-estar. Sendo que este se alicerça:

- Num conjunto, num sistema, numa rede de conhecimentos e de saberes;
- Em ser orientado para a ação tendo uma finalidade operatória;
- Em ser operacionalizado segundo a situação.

O conceito de competência tem duas dimensões distintas: uma interna ao próprio indivíduo, ao seu potencial interno e à sua organização interna; e uma dimensão observável através dos resultados visíveis na resolução de situações problemáticas, ou seja no domínio da práxis. Do ponto de vista da formação *“delimitar uma competência remete para a descrição, em termos de conhecimentos requeridos, de uma configuração operatória aplicável a uma família de situações problema. O conceito de competência é um instrumento de*

concepção e de planificação da formação” Gillet (2000, cit. por Pires, 2002, p.242).

A concepção de competência para Perrenoud, é a capacidade de agir de forma eficaz em determinadas situações, com base em conhecimentos adquiridos através da experiência e da formação, mas sem no entanto se limitar apenas a eles. *“As competências não são conhecimentos, mas integram-nos e mobilizam-nos na acção”* (Pires, 2002, p.242). Assim, o desenvolvimento das competências são efetuadas através da construção de *“esquemas de mobilização dos conhecimentos com discernimento, em tempo real, ao serviço de uma acção eficaz”* Perrenoud (1997, cit. por Pires, 2002, p.242). Estes “esquemas internos” formam-se e consolidam-se através das experiências e de uma postura reflexiva quanto à prática. Vivenciar experiências e analisá-las, são consideradas as bases da construção das competências (Pires, 2002).

A **sociologia do trabalho** trouxe também alguma reflexão sobre o conceito de competência na sua área de conhecimento, articulando com as noções de qualificação profissional.

A qualificação é uma construção social que decorre de um julgamento, que atribui *“às capacidades e conhecimentos profissionais um valor de troca no mercado de trabalho, e legitima socialmente o seu estatuto e remuneração”* Reinbold e Breillot (1993, cit. por Pires, 2002, p.243).

A utilização de uma definição alargada de qualificação, diz que esta é *“um processo que põe em equivalência as qualidades julgadas como adquiridas pelos trabalhadores e as qualidades julgadas exigíveis aos trabalhadores”* Stroobants (2002, cit. por Pires, 2002, p.245). Desta forma, a noção de qualificação, enquanto sistema de classificação hierarquicamente ordenado e formalizado por convenções, é colocado em causa pela noção de competência, que foge às classificações convencionais. Esta procura valorizar *“não aos conhecimentos e habilidades que se estima que o indivíduo possua através da sua qualificação, mas à sua utilização numa situação precisa e única, nomeadamente face ao aleatório no quotidiano da produção”* diz Pain e Boru (1996, cit. por Pires, 2002, p.245).

Após a breve abordagem à definição de competências em diversas áreas torna-se necessário refletirmos sobre a forma de **aquisição de competências**.

O desenvolvimento de competências é progressivo, assumindo a experiência um papel fundamental na consolidação dos saberes. Este desenvolvimento progressivo das competências responde às necessidades da empresa, à rápida adaptação ao mercado através da inovação, da resposta aos concorrentes e também à crescente aspiração das pessoas no que diz respeito à sua autonomia e iniciativa profissional, diz-nos Merle (1997, cit. por Pires, 2002).

A competência desenvolve-se com base nas aprendizagens formais e na experiência adquirida pela pessoa, Turkal (1998, cit. por Pires, 2002, p.268) “*as aprendizagens escolares ganham sentido com a experiência, as experiências ganham igualmente sentido apoiando-se nas aprendizagens escolares*”.

O conceito de competência para, Wittorski (1998, cit. por Pires, 2002), não se encontra consolidado, pois ainda não tem uma conceção teórica estabilizada, não permitindo definir os seus atributos. No entanto, este autor refere que é da inter-relação entre a formação, a experiência profissional e as vivências da pessoa ao longo da sua vida, que são construídas as competências.

A formação não-formal é ela também fomentadora do desenvolvimento de competências. Esta formação (inicial e contínua), quando desenvolvida pelas empresas tem, segundo Levy-Leboyer (1996, cit. por Pires, 2002), o objetivo de tornar as pessoas mais aptas a colmatar as necessidades das empresas, fornecendo conhecimentos e práticas que melhor respondam aos objetivos das organizações. No entanto aquele autor afirma que estes objetivos não se adequam, pois respondem apenas a necessidades de uma das componentes do sistema, o da organização. O desenvolvimento de competências não deverá ser encarado como uma atividade anterior ou paralela ao trabalho, mas sim, como decorrendo ao longo do trabalho. As competências não são adquiridas através da transmissão convencional de saberes, nem são atributos inatos que se desenvolvem pela prática, são sim “*o fruto de uma experiência pesquisada e explorada activamente por aquele que nela participa, experiência que permite a integração com sucesso dos conhecimentos e dos saberes-fazer a fim de construir novas competências*” Levy-Leboyer (1996, cit. por Pires, 2002, p.270).

Com esta contextualização sobre competências podemos perceber que a competência pode ser perspectivada de diferentes formas conforme a área de conhecimento que a analise. Pode ser encarada enquanto o resultado de um processo de aprendizagem num determinado contexto da vida de uma pessoa ou enquanto processo contínuo durante toda a vida. Foi objetivado que a aquisição de competências se encontra intimamente ligadas aos processos de aprendizagem que decorrem ao longo da vida, nas suas diferentes vertentes (formal, não-formal e informal).

1.3.1. Desenvolvimento de competências na enfermagem

As competências em enfermagem surgem desde logo enquadradas pelos conceitos indicados nas disposições gerais do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), onde podemos ler que o *“enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem (...) que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo família, grupos e comunidade”* (O.E., 2008, p.7).

Para Alarcão e Rua (2005, p.375) as competência dos enfermeiros devem assentar em algumas características, como:

- *“Uma personalidade equilibrada e humanista, responsável;*
- *Conhecimentos científicos e técnicos sólidos e atualizados;*
- *Capacidade de analisar os fenómenos e acontecimentos criticamente, de tomar decisões, de agir perante o inesperado, de trabalhar em equipas multidisciplinares;*
- *Uma atitude de aprendizagem continuada.”*

As mesmas autoras referem que as competências dos enfermeiros podem-se dividir em três tipos, que são: competência cognitiva, competência técnica e a competência comunicacional. Estas por sua vez ainda podem ser organizadas em diversas micro-competências. Desta forma a **competência cognitiva** integra *“a identificação das necessidades do cliente; a análise e interpretação da informação recolhida; a planificação das actividades de acordo com as prioridades de cada situação; a justificação das intervenções; a avaliação da evolução de cada situação clínica”* (Alarcão e Rua, 2005, p.375). Por sua vez a **competência técnica** é também dividida em várias micro-competências, como por exemplo: *“efectuar correctamente os procedimentos respeitando as normas estabelecidas; possuir destreza manual; utilizar o material adequado a cada situação”* (Alarcão e

Rua, 2005, p. 375). Tal como as anteriores, a **competência comunicacional** também é dividida em micro-competências, são exemplo disso: *saber ouvir; comunicar de forma adequada às características do cliente/família; efectuar ensinamentos oportunos; registar de forma sistematizada a informação; transmitir informações correctas e pertinentes; estabelecer uma relação de ajuda*” (Alarcão e Rua, 2005, p.375).

Da investigação desenvolvida por Tabari-Khomeiran, Kiger, Parsa-Yekta e Fazlollah Ahmadi em 2007, estes autores inferem que o desenvolvimento das competências pelos enfermeiros decorre da contínua relação entre o profissional e o meio envolvente onde decorre a prática profissional. Aqueles autores apresentam o processo de desenvolvimento de competências dividido em cinco fases, interligadas e que podem ocorrer em simultâneo, estas fases são:

- O **reconhecimento**; é o passo inicial para o desenvolvimento de uma competência, com duas componentes, a “força motriz” e o seu próprio reconhecimento. Esta “força motriz” pode ter origem interna e/ou externa à pessoa e os autores apontam para: as **expectativas** (a que os outros esperam do outro); as **recompensas internas** (a auto satisfação, perante o sucesso no seu desempenho) e a **transição** (com a mudança de uma situação ou de papel, que coloca uma pessoa num contexto diferente);
- **Procura dos requisitos adequados**; a procura de conhecimentos teóricos através da pesquisa bibliográfica ou do contacto com outros profissionais e conhecer se há condições para o desenvolvimento da competência;
- **Experiência**; é a oportunidade para fazer a ligação entre a teoria e a prática. A oportunidade de colocar em ação as competências a serem adquiridas, numa primeira fase há o estrito cumprimento de regras com dependência relativamente aos profissionais mais qualificados. Nesta fase é fundamental a existência de feed-back adequado, por parte dos elementos mais experientes para a melhoria do desempenho e aumento da confiança Reilly, McIntosh e Currie (2002, cit. por Tabari-Khomeiran et al. 2007);
- **Consolidação**; o tempo de desenvolver as habilidades da competência através da repetição. Há um cada vez maior domínio da competência e em simultâneo uma reflexão sobre a ação, com a perspectiva de a melhorar;

- **Integração**; a última fase onde há a total incorporação das novas competências com as anteriores. Nesta fase o enfermeiro é capaz de encontrar novas formas de efetuar o trabalho com maior eficiência. As ações deixam de ser centradas na técnica para deslocar o centro da importância para a pessoa, contextualizando o cuidado de acordo com os valores, crenças e cultura do utente, diz Watkins (2000, cit. por Tabari-Khomeiran et al. 2007). A fase de integração traduz-se também na capacidade de partilhar o conhecimento através do ensino e/ou supervisão de outros elementos.

Para Tabari-Khomeiran et al. (2007) existem quatro fatores que interferem com o desenvolvimento de competências:

- **Ambientais**; podem ser físicos ou emocionais e influenciam quer de forma positiva ou negativa o desenvolvimento de competências, são os casos de introdução de técnicas e/ou tecnologias novas, o trabalho em unidades com métodos inovadores ou o clima organizacional;
- **Características pessoais**; são os atributos pessoais que se traduzem num maior ou menor desejo de aprender. A curiosidade em saber mais sobre o trabalho, o desejo de melhorar o desempenho e ser pró-ativo, são alguns dos aspetos indicados como fomentadores do desenvolvimento de competências;
- **Questões relacionadas com o trabalho**; que podem ser intraprofissionais e extraprofissionais. Entre os aspetos extraprofissionais os autores referem a imagem social da enfermagem, o valor social do trabalho de enfermagem e os baixos salários. Do ponto de vista intraprofissional são apontados o aumento da carga de trabalho e do trabalho burocrático;

Oportunidades; a existência de situações que permitam o desenvolvimento das suas competências, estas são condicionadas pela carga de trabalho e pela falta de recursos das instituições para encaminhar elementos para processos de aprendizagem ou formação (Tabari-Khomeiran et al. 2007).

As competências dos enfermeiros estão diretamente ligadas aos seus saberes. O saber de enfermagem é um saber de ação, mais do que a execução de tarefas ou da replicação de procedimentos é *“a capacidade de adaptar a conduta à situação fazendo apelo aos conhecimentos. Este fazer face às dificuldades imprevistas e*

poder de improviso, num contexto em que outros não fazem senão repetir gestos” Reboul (1993, cit. por Queirós, 2007).

Tendo em consideração que a temática a ser desenvolvida durante o tempo de estágio é o desenvolvimento de competências pelos enfermeiros, a abordagem teórica de enfermagem que mais se aproxima desta temática foi a desenvolvida por Patricia Benner, com o seu modelo de desenvolvimento de competências.

O modelo de desenvolvimento de competências de Patricia Benner

A investigadora norte-americana Patricia Benner parte da prática clínica e procura descrever o conhecimento que este proporciona e a diferença entre esse conhecimento e o teórico. O crescimento de uma disciplina prática “*consiste no alargamento dos conhecimentos práticos (know-how) através de investigações científicas baseadas na teoria e através do levantamento do ‘know-how’ existente desenvolvido por meio da experiência clínica na prática dessa disciplina*” Benner (1984, cit. por Brykczynski, 2004, p.187). A autora diferencia o “saber” do “saber fazer”. Assim o “saber fazer” é apresentado como o conhecimento prático, que não tem necessidade de formular conhecimento teórico, insere-se nele o indivíduo que sabe fazer antes de ter uma explicação teórica; por sua vez o “saber” é capaz de estabelecer relações causais entre fenómenos e efetuar formulações sobre acontecimentos. Estas duas noções não são antagónicas, pelo contrário, pois o conhecimento prático é potencialmente gerador de conhecimentos teórico. A passagem do “*know-how*”, a conhecimento teórico é possível através da investigação e da observação científica “*a teoria deriva da prática e a prática é alterada ou alargada pela teoria*” (Brykczynski, 2004, p.187).

O trabalho de Patricia Benner apoia-se no Modelo de Aquisição de Competências de Dreyfus e Dreyfus de 1980, este modelo preconiza a passagem por cinco níveis distintos: o **iniciado**, o **iniciado avançado**, o **competente**, o **proficiente** e o **perito**. Estes diferentes níveis representam alterações que ocorrem aquando da aquisição de competências, sendo expectável, segundo Benner (2001) que:

1. Haja uma passagem da utilização de regras e princípios abstratos para a valorização das vivências e experiências passadas;
2. A confiança no pensamento analítico dê lugar à confiança na própria intuição;

3. Haja uma mudança na capacidade de ver o fenómeno enquanto partes separadas entre si, para conseguir ver o todo na sua complexidade desenvolvendo a perspicácia para destacar os aspetos mais importantes;
4. Desenvolva uma posição de observador afastado da situação, para o envolvimento e empenhamento na situação.

Estes mecanismos de transformação e de crescimento do desempenho dão importância à experiência, já que quando esta cresce, o conhecimento ultrapassa a primazia do saber teórico, passando a ser uma mistura de saberes teórico-práticos. A perícia profissional cresce com as experiências e do seu confronto com as possibilidades enunciadas pelos princípios (Brykczynski, 2004).

Os diferentes níveis de evolução pressupõem diferentes características, vejamos então recorrendo a Benner (2001):

- No nível de **iniciado** a pessoa não tem experiência na situação na qual está envolvida, necessita de regras objetivas, sem enquadramento com o restante contexto, o cumprimento dessas regras traduzem-se em comportamentos limitados e rígidos. Há dificuldade em diferenciar os aspetos relevantes dos acessórios da situação, tal como existe dificuldade em integrar o que é descrito nos livros com as situações clínicas com as quais são confrontados;
- No nível de **iniciado avançado** há a integração de algumas situações vividas e começa a identificar aspetos comuns. É ainda guiado por regras com a finalidade de realizar tarefas e há dificuldade em compreender a situação global da pessoa. Há dificuldade em determinar as prioridades, pois ainda não há a consciência da globalidade do utente, nem do serviço no seu todo;
- No nível de **competente** o profissional é capaz de definir as prioridades, compreendendo o que tem de ser efetuado de imediato e o que pode aguardar. Há um nível crescente de eficácia resultante de uma planificação e análise da situação clínica, dos diferentes casos que tem entre mãos. Começa a reconhecer padrões e planear em função deles. Consegue distinguir os utentes que irão necessitar de mais atenção;
- No nível **proficiente** há a capacidade de análise das situações na sua globalidade. É capaz de através das diversas experiências anteriores,

antever o que se poderá passar e atuar de forma antecipatória. Neste nível existe a capacidade de atuação sobre o problema, sem a análise exaustiva de todas as hipóteses. O enfermeiro proficiente consegue compreender a situação com a qual se depara e utiliza algumas máximas que adquiriu através da sua experiência e aplica-as de forma a resolver a situação;

- A pessoa no nível de **perito** não necessita de estratégias analíticas de apoio à decisão, é capaz de compreender o problema forma intuitiva e considerar alternativas à situação e à resposta. O perito conhece o problema através de padrões típicos e compreende a pessoa enquanto tal (Benner, 2001).

A prática competente, tal como é definida por Benner, traduz-se na realização de juízos clínicos e na implementação de intervenções de enfermagem competentes, não estando estas diretamente relacionadas com a maior ou menor capacidade psicomotora demonstrado pelo enfermeiro (Brykczynski, 2004).

A avaliação efetuada por Benner à prática real de enfermagem, aponta para sete domínios, sendo estes considerados como *“uma prática que tem um número de competências com intuitos, funções e significados semelhantes”* (Brykczynski, 2004, p.193). Estes domínios contêm no seu interior as competências que foram determinadas por Benner e definidas como *“uma área interpretativamente definida do desempenho competente identificada e descrita pelo seu intuito, funções e significados”* (Brykczynski, 2004, p.193). Estes domínios da prática de enfermagem segundo Benner (2001) são:

- 1) A função de ajuda;
- 2) A função de educação e orientação;
- 3) Função de diagnóstico e vigilância do doente;
- 4) A gestão eficaz de situações de evolução rápida;
- 5) A administração e a vigilância dos protocolos terapêuticos;
- 6) Assegurar e vigiar a qualidade dos cuidados;
- 7) Competências em matéria de organização e distribuição de tarefas.

Estes sete domínios representam uma estrutura que procura interpretar o conhecimento inerente à prática de enfermagem (Brykczynski, 2004).

A experiência não se traduz apenas na passagem de tempo. É sobretudo o confronto das noções teóricas e pré-concebidas, com situações reais que

acrescenta novos aspetos e formas diferentes de encarar enquadrando-a e melhorando-a. *“A teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria”* (Benner, 2001, p. 61).

Grande parte das habilidades (saber-fazer) só podem ser transmitidas e apreendidas na situação em concreto, isto porque a partilha de conhecimentos fora da situação real, de noções e conceitos, são demasiado complexas para serem transmitidas como instruções aos estudantes ou aos profissionais ainda sem experiência. Também na prática sucedem situações díspares e exceções às regras que não se encontram nos manuais ou em explicações teóricas, mas que são apreendidas e desenvolvidas pela repetição das experiências (Benner, 2001).

A interpretação de forma global e rápida dos aspetos mais importantes de um problema é uma das características dos enfermeiros experientes, não seguindo um processo segmentado de análise do processo, há a consideração de todas as variáveis de uma forma conjunta (Benner, 2001).

A definição de competência e de prática competente é, para Benner, a capacidade de *“implementar intervenções de enfermagem competentes e competências de juízos clínicos em situações clínicas reais”* sem fazer qualquer referência *“às competências psicomotoras sem contexto ou a outras competências demonstráveis fora do contexto da prática de enfermagem”* (Brykczynski, 2004, p.190).

As ideias de Patricia Benner, no contexto da socialização numa unidade, permitem explicar, apoiar e refletir sobre as melhores opções para melhorar o processo de integração de novos profissionais. Tornar possível o contacto com tarefas de desenvolvimento através de situações de trabalho paradigmáticas, que por si só, são capazes de por à prova a capacidade de resposta do profissional, proporcionando o desenvolvimento de competências, é um dos caminhos defendidos para a melhoria do desempenho. Assim, diz-nos Rauner (2007) que as situações paradigmáticas são aquelas que em contexto de trabalho são significativas e com qualidade para promover o desenvolvimento das competências profissionais, devendo estas serem consideradas como um desafio. Estas tarefas são desempenhadas de acordo com as experiências e

conhecimentos anteriores e visam criar uma atuação competente, diz Rauner (2007) seguindo as ideias de Benner e Wrubel.

De forma sucinta apresentamos o modelo de enfermagem que enquadra o desenvolvimento de competências de enfermeiros, tendo esta sido complementada com uma reflexão sobre os processos de aprendizagem e a sua articulação com a aquisição e desenvolvimento de competências, num sentido lato e de forma específica na enfermagem. O início da vida profissional ou a mudança de serviço são também momentos de desenvolvimento de competências para os novos profissionais num serviço, visando a sua adaptação à nova unidade de trabalho.

1.4. SOCIALIZAÇÃO, ACOLHIMENTO E INTEGRAÇÃO

A prática autónoma da enfermagem tem várias dimensões, sendo que a gestão é uma delas. Tendo como pano de fundo a gestão de recursos humanos e mais especificamente a adaptação dos enfermeiros a novos postos de trabalho, é fundamental para o desenvolvimento do nosso trabalho, no que respeita ao tema a ser desenvolvido no PIS enquadrar a socialização, o acolhimento e a integração de novos enfermeiros no serviço.

O processo de socialização

A organização é composta por pessoas, cada uma delas portadora de valores, motivações e expectativas que podem ser mais ou menos diferentes das do novo elemento. Assim, cada vez que é admitida uma nova pessoa, o equilíbrio social existente é alterado e há a necessidade de ajustamento, com a construção “*de uma relação de compromisso e de cedências mútuas*” (Mosquera, 2007, p.303).

A definição de Louis de 1980, apresenta as duas ideias chave que mais são referenciadas, acerca da **socialização** nas organizações, a ideia de aprendizagem, com a adaptação a novos papéis e a passagem de elemento externo a elemento integrante da organização (Mosquera, 2007). Por sua vez Hellriegel, Slocumm e Woodman (1993, cit. por Nunes & Vala, 2007) definem a socialização como o processo sistemático como as organizações integram os novos elementos na sua cultura.

De acordo com Gómez-Mejía, Balkin e Cardy (2000), a socialização é entendida como o processo pelo qual os novos colaboradores são integrados na organização, na sua unidade ou no seu posto de trabalho. Dizem os mesmos autores, que um processo de socialização pouco planeado pode conduzir a más interpretações dos objetivos, da estrutura e da hierárquica, podendo chegar a situações de mau entendimento das suas funções na organização. Estes autores defendem que é necessário seguir um método pormenorizado e sistemático para que os novos elementos se convertam em trabalhadores eficientes na realização das suas tarefas.

Estratégias de socialização

Existem diversas estratégias de socialização da pessoa na organização, diz Mosquera (2007) baseando-se nos conhecimentos de Van Maanem (1989), Schein (1990) e Greenberg e Baron (1995), apresenta-as como:

- **Estratégias individuais ou coletivas**, onde as coletivas têm a vantagem de serem menos dispendiosas, possibilitar a troca de experiências facilitadoras das aprendizagens e o desenvolvimento do suporte afetivo entre os recém-chegados. Como aspeto negativo está a possibilidade do surgimento de grupos resistentes às práticas de socialização;
- **Estratégias formais ou informais**, as primeiras têm a vantagem de preservar a cultura organizacional, no entanto dificultam a transmissão de aprendizagens em contextos organizacionais díspares e condicionam algum isolamento social. Há ainda possibilidade das aprendizagens não serem relevantes para o desempenho das funções, gerando desmotivação ao novo elemento. Por outro lado nas socializações informais, o trabalhador tem de aprender por si próprio, traduzindo-se em maior ansiedade e aumentando a possibilidade de erro;
- **Estratégias com caracter sequencial ou não sequencial**, as primeiras permitem aprendizagens graduais, com início em situações simples e avançando gradualmente para mais complexas, têm o risco de passagem para níveis superiores sem a necessária consolidação dos anteriores;
- **Estratégias em série ou isoladas**, as estratégias em série têm a finalidade de promover uma continuidade e um sentido histórico da organização, promove modos de conduta previamente estabelecidos que auxiliam a

ultrapassar situações conhecidas, tem como principal desvantagem a estagnação da própria organização. As estratégias isoladas despertam a inovação e a criatividade, no entanto são potenciadoras de maior ansiedade pelo desconhecimento da forma habitual de atuação e de resolução de problemas;

- **Estratégias de investidura e despojamento**, as primeiras são úteis quanto um novo elemento traz consigo competências relevantes para o funcionamento da organização. Estas estratégias têm a finalidade de destruir ou confirmar a identidade do novo elemento, essa é reforçada caso ir ao encontro da missão e valores da organização ou pelo contrário afasta-los para aceitar os da organização;
- **Estratégias fixas ou variáveis**, as fixas são previsíveis dando mais segurança aos novos elementos, tendo em si um potencial de marginalizar os novos colaboradores que se afastam do padrão geral. As estratégias variáveis dão uma maior flexibilidade no processo de socialização, correndo o risco de confusão ou de gerar incerteza.

Dos estudos de Allen e Mayer (1990, cit. por Mosquera, 2007), infere-se que as organizações podem definir as práticas de socialização de acordo com o seu perfil institucional. Não reconhecendo uma estratégia isolada como melhor do que outra, deverão ser as necessidades de cada organização a definir a melhor ou uma conjugação de várias estratégias.

As fases da socialização

Fornecer informação sobre a organização e sobre quais as funções pretendidas caracterizam a **fase da socialização antecipatória**. Estas informações podem ser dadas pela organização mesmo antes da contratação, tal como os valores e normas da mesma, Porter et al. (1987, cit. por Mosquera, 2007). Durante a socialização antecipatória a organização pretende criar as expectativas apropriadas ao posto de trabalho, devendo informar os candidatos dos aspetos positivos e negativos (Gómez-Mejía, Balkin & Cardy, 2000). Esta informação tem o objetivo de evitar o “choque da socialização”, resultante do confronto entre o esperado e a realidade. Discrepâncias elevadas colocarão o trabalhador em posição defensiva em relação à organização. Refere Young e Lundberg (1996, cit. por Mosquera, 2007) que esta é a maior causa de abandono da organização

pelos trabalhadores nos primeiros seis meses após a admissão ao posto de trabalho, o chamado “*turn-over*”.

A **fase do encontro** tem início com a admissão do trabalhador e com as primeiras relações com as estruturas da organização. O ambiente que rodeia é dos fatores que mais afeta a integração das pessoas nas organizações e dos mais dificilmente controláveis, no entanto, o desenvolvimento de programas de socialização visa o controlo desta variável (Mosquera, 2007). Os **programas de socialização** têm a finalidade de reduzir os níveis de ansiedade e proporcionar apoio para o desenvolvimento profissional ao novo membro (Pinto, 2008). Para a sua construção, diz Watts-Davies (1983, cit. por Mosquera, 2007), é necessário refletir sobre três questões fundamentais, que são:

- Que informação fornecer sobre a organização;
- Quem deverá fornecer a informação;
- Quando deverá ser fornecida a informação.

O processo de socialização

Segundo Mosquera (2007), há muitos estudos que indicam a existência de benefícios com a implementação de programas de socialização. Young e Lundberg (1996, cit. por Mosquera, 2007) dão importância ao acolhimento, com relevo ao apoio emocional. Este cuidado passa pela prévia preparação de chefias e destes aos colegas para a chegada de um novo colaborador.

O **acolhimento** são as ações de passagem de informação sobre o posto de trabalho, a missão, a estrutura, os direitos, os deveres e ainda a apresentação aos colegas de trabalho e responsáveis hierárquicos (Pinto, 2008).

Por sua vez a **integração** é considerada como um processo mais demorado, onde o novo trabalhador toma conhecimento sobre as funções, as técnicas envolvidas e sobre as pessoas com quem se relaciona no trabalho. Este processo termina quando o novo elemento é capaz de refletir criticamente sobre o trabalho e contribuir com iniciativas sobre o mesmo (Pinto, 2008).

O **manual de acolhimento** é um documento que é colocado à disposição dos trabalhadores recém-chegados, com informações sobre a organização. O seu conteúdo é variável dependendo do setor de atividade e da organização em questão. A informação presente deve ser a indispensável para que o novo

colaborador se integre com maior facilidade na organização. Não deverá ser demasiado extenso, pois há o risco de se tornar pouco apelativo (Mosquera, 2007).

Uma outra alternativa são os **cursos de acolhimento** que podem ter a duração de alguns dias até algumas semanas e pretendem segundo Mosquera (2007):

- Dar a conhecer a organização e a sua área de intervenção;
- Fornecer informação técnica para o início das funções;
- Dar a conhecer qual o papel do novo elemento na organização;
- Promover a cultura organizacional e desenvolver o espírito da organização.

A estratégia de socialização pode passar pela existência de um **tutor** ou **orientador** do período de integração, estas vantagens foram validadas pelos estudos de Greenberg e Baron (1995, cit. por Mosquera, 2007) que concluíram que este se encontra associado a um maior sucesso na carreira do novo membro da organização.

Os **benefícios e os riscos** da existência de um orientador durante o período de integração são enumerados por Greenberg e Baron (1995, cit. por Mosquera, 2007). Os benefícios e os riscos enumerados são repartidos entre o novo elemento na organização e o orientador. Como benefícios para o novo elemento na organização, os autores apontam: o suporte afetivo e social facilitador da integração; a obtenção de informações de uma forma mais rápida; a existência de um interlocutor mais experiente que permita o esclarecimento de dúvidas e o fornecimento de apoio técnico personalizado. Para o orientador são apontados como aspetos positivos: a gratificação por ser solicitado pela organização para algumas tarefas; sentir-se gratificado pelos êxitos do elemento em integração e este tornar-se um elemento produtivo para a organização. Os riscos para o elemento em processo de integração são: a possibilidade de dependência afetiva, que pode atrasar a sua autonomia; possibilidade de ser sobrecarregado por trabalhos que seriam da competência do orientador e o risco dos conselhos do orientador não serem os mais apropriados. Para o orientador os riscos são: a sobrecarga de trabalho e o insucesso da integração afetar o orientador. As vantagens e os riscos são apresentados em forma de tabela no ANEXO II.

A figura do orientador pode ser conceptualizada recorrendo às noções de perceptor, tutor, mentor ou supervisor, já que de forma lata estes termos apontam para um “*um profissional experiente, que auxilia na formação profissional*” (Botti & Rego, 2008, p.364). Assim, o **perceptor** pode ser encarado como o profissional, sem ligação a uma instituição académica, que tem um papel importante na socialização do recém-formado no local de trabalho. Por sua vez o **tutor** é conotado como a pessoa que ensina a aprender, sendo considerado um facilitador do processo de aprendizagem, quando esta se centra no estudante. O conceito de **mentor** é de um profissional mais experiente que guia, orientada e aconselha uma pessoa no início da carreira, “*está ligado à relação de suporte entre um profissional mais maduro e experiente, e outro, em formação ou recém-chegado à profissão*” (Botti & Rego, 2008, p.370). O **supervisor** é aquele que “*dirige, controla, vigia, cuida de tudo e se responsabiliza para que tudo se faça corretamente e de maneira segura*” (Botti & Rego, 2008, p.366).

Referindo-se ao conceito de supervisão, diz Faria (2007), que esta tem um papel central no desenvolvimento do enfermeiro, quer durante a formação quer nos processos de integração na vida profissional. Este autor apoiando-se nos estudos de Cotrell (2000) apresenta algumas características importantes para aqueles que supervisionam outros:

- **Perícia** – o reconhecido através da habilidade, da experiência, do status e da formação. O reconhecimento informal pode vir dos pares;
- **Experiência** – o orientador deverá ser reconhecido como tendo a profundidade da experiência no seu campo de especialidade. A prática clínica é altamente desejável;
- **Aceitabilidade** - é de extrema importância que o supervisor clínico seja aceite por aqueles que ele supervisiona;
- **Formação** – é desejável que todos os supervisores clínicos recebam formação em supervisão clínica no início da sua actividade supervisiva, bem como formação contínua.

Para que se estabeleça uma boa relação entre orientador e orientado, é essencial identificar-se no primeiro, algumas características consideradas fundamentais, como a empatia, o positivismo e a paciência Cotrell (2000, cit. por Faria 2007).

O orientador deverá acompanhar o novo elemento durante o período de socialização para lhe fornecer informação sobre a organização e sobre o papel específico que irá desempenhar. Tem ainda um papel determinante na transmissão das melhores estratégias para alcançar os objetivos da organização e a evitar erros. A escolha do orientador deverá caber à hierarquia, não deverá ter um nível hierárquico inferior, poderá ser um elemento mais velho e experiente e portador de um status elevado na organização (Mosquera, 2007).

A relação entre o novo trabalhador e o orientador poderá ter uma duração variável, no entanto de acordo com Greenberg e Baron (1995, cit. por Mosquera, 2007), estas passam por quatro etapas:

- **Iniciação**, com os primeiros contatos entre o novo trabalhador e o tutor;
- **Desenvolvimento**, aprofundamento dos laços e início da construção do projeto profissional por parte do novo trabalhador com o auxílio do tutor;
- **Separação**, início do afastamento com o cada vez maior ganho de autonomia;
- **Redefinição**, os dois intervenientes passam a ter uma relação de igualdade.

Há vantagens para a organização no desenvolvimento de processo de socialização de novos elementos, no entanto estes consomem tempo e recursos traduzindo-se num acréscimo de custos para a organização (Mosquera, 2007).

A **avaliação** do processo de socialização deve ser efetuada pelo orientador e pelo superior hierárquico. Esta avaliação deve espelhar o desempenho nas diversas fases que o novo profissional percorreu e pode ter um caráter quantitativo ou qualitativo, podendo ser pedido a elaboração de um relatório que descreva aquele período Mosquera (2007).

O tempo de socialização do trabalhador numa organização, diz Mosquera (2007), é variável, dependendo do contexto onde decorrem. Numa organização hospitalar com o estatuto Entidade Pública Empresarial (EPE), existe alguma legislação a ser seguida, nomeadamente a que diz respeito ao **período experimental**, um tempo onde a organização ainda pode optar pela admissão ou não do novo trabalhador. De acordo com a Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro e para os contratos de trabalho a termo com a duração igual ou superior a seis meses é

previsto um período experimental de 30 dias, findo o qual a entidade empregadora deverá optar ou não pela inclusão do trabalhador nos seus quadros.

Conciliando as ideias de Benner e de Leininger, analisando as diversas formas possíveis de aprendizagem ao longo da vida, refletindo sobre o desenvolvimento de competências e dos processos de socialização de novos profissionais nasce a idealização para o desenvolvimento dos projetos que são alvo neste relatório.

2. OS ESTÁGIOS

A instituição onde se situa o Hospital X, onde decorreram os estágios, tem na sua área de influência, 163.950 pessoas a residir de forma permanente (INE, 2011c). As principais atividades económicas desenvolvidas na região são o turismo, a construção civil e o comércio. Fruto da principal atividade económica da região, o turismo, de forma sazonal, em especial durante os meses de verão, a população presente aumenta de forma significativa (Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Algarve, 2011).

O Centro Hospitalar X foi formado em 2004, fruto da fusão de duas unidades hospitalares, passando ser gerido a partir de dezembro 2005 com o estatuto de EPE (CHBA, s.d.). É referência para sete concelhos, cada um destes possui um Centro de Saúde na sua sede e em algumas freguesias existem extensões. A sede de concelho mais afastada da urgência médico-cirúrgica dista 46 Km, no entanto a localidade mais distante encontra-se a 60 Km (Gregório, 2008).

O Centro Hospitalar do ponto de vista organizacional encontra-se dividido em quatro setores: assessoria ao Conselho de Administração (CA); serviços de gestão, logística e apoio geral; serviços de suporte à prestação de cuidados e **serviços de prestação de cuidados**. Este último, setor está dividido em seis departamentos: o Médico, o Cirúrgico, os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, o da Mulher e Criança, o de Saúde Mental e o de **Urgência e Emergência**. Este último departamento inclui a Unidade de Cuidados Intensivos, Unidade de Cuidados Intermédios, a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), o **Serviço de Urgência Geral** (SUG) (CHBA, 2007). A instituição dispõe ainda de um Serviço de Urgência Básica (SUB) na outra unidade hospitalar.

Os estágios decorreram no SUG, classificado como urgência médico-cirúrgica. Um serviço com esta tipologia e segundo o Despacho nº 18459, do Ministério da Saúde, de 12 de setembro de 2006, deve ter como valências: Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Imuno-hemoterapia e Anestesiologia. Devem estar disponíveis durante vinte e quatro horas, o Bloco Operatório, exames de imagiologia (radiologia convencional, ecografia simples e tomografia axial computadorizada) e exames básicos de patologia clínica. É possível o apoio das

especialidades de Cardiologia, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Nefrologia (com diálise para situações agudas) e da Medicina Intensiva. As equipas deverão ser constituídas por médicos, enfermeiros e outros profissionais com a dimensão e a especialização entendida como adequada para o atendimento da população da sua área de influência.

O estágio decorreu no SUG que se insere num edifício com cerca de treze anos. Está situado no piso 1 da unidade hospitalar, no mesmo piso do Bloco Operatório, do Serviço de Imagiologia, do Serviço de Patologia Clínica, Serviço de Imuno-hemoterapia, da Unidade de Cuidados Intensivos e da Unidade de Cuidados Intermédios. Nos andares inferiores situam-se os serviços assistenciais que funcionam em ambulatório, consulta externa e exames especiais, o serviço de psiquiatria com internamento, os serviços de apoio administrativos e de logística. Nos pisos superiores encontram-se os serviços assistenciais com internamento. Com uma capacidade de 309 camas, distribuídas pelos diversos serviços, em 2010 teve uma taxa de ocupação de 91,7%. O SUG e a SUB do Centro Hospitalar tiveram um total de 93.527 episódios de urgência durante 2010 o que resulta numa média diária de 256,2 utentes por dia (CHBA, 2011).

Os estágios do I Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica foram divididos em três tempos distintos. Os dois primeiros decorreram entre os dias 26 setembro de 2011 e 8 fevereiro de 2012, compreendidos na Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica I do segundo semestre letivo, com a duração de 432 horas cujas, 167 horas foram de presença do serviço, enquanto o terceiro estágio decorreu entre os dias 19 março e 11 de Julho de 2012, integrados na Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica II, que decorreu no terceiro semestre letivo com a duração total de 432 horas das quais 209 foram de presença no serviço (Nunes, Ruivo & Lopes, 2011).

Os estágios foram estruturados com duas dimensões distintas, denominadas de **Projeto de Intervenção em Serviço (PIS)** e **Projeto Aprendizagem de Competências/Clínicas (PAC)**. Segundo Nunes, Ruivo e Lopes (2011) as duas dimensões desenvolvem-se da seguinte forma:

- O PIS, é orientado essencialmente para o desenvolvimento e aprofundamento das **Competências Comuns dos Enfermeiros**

Especialistas. É elaborado segundo a metodologia de projeto, que procura identificar um problema no local de estágio, planeando a intervenção, executando e a avaliando;

- O PAC, é orientado para o desenvolvimento e aprofundamento das **Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**, que não tenham sido desenvolvidas no PIS. Este projeto é elaborado, discutido e iniciado durante o estágio que decorre no segundo semestre e continuado, concluído e avaliado no terceiro semestre.

Os projetos decorreram em simultâneo durante o tempo de estágio, sendo que tiveram tempos distintos para a sua consecução. Foi delineado para o PIS no estágio I e II que fosse elaborado o diagnóstico de situação e o planeamento, enquanto no III fosse executado e avaliado (Nunes, Ruivo & Lopes, 2011). Houve também um estágio, com catorze horas de duração, na Comissão de Controlo de Infecção (CCI) do Hospital X, com o acompanhamento da Sr.^a enfermeira responsável pela comissão.

O estágio I teve o seu início formal no dia 26 de setembro de 2011, no entanto foi no dia 29 do mesmo mês que decorreu a sua sessão de apresentação. Nessa sessão foram discutidas as normas do estágio, os resultados que se pretendiam alcançar, os papéis dos diferentes intervenientes, os resultados esperados e esclarecidas algumas questões que existiam por parte dos estudantes. Do ponto de vista prático, o estágio teve início no dia 7 de outubro de 2011, com a apresentação junto da Sr.^a Enfermeira-Chefe do campo de estágio e da Sr.^a Enfermeira Orientadora de estágio.

2.1. O PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

O PIS decorreu segundo a **metodologia de projeto**. Esta metodologia de investigação procura identificar no local do ensino clínico, um problema ou oportunidade, no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica, sendo este o ponto de partida para o planeamento da intervenção, a sua execução e posterior avaliação (Nunes, Ruivo & Lopes, 2011).

A ideia de projeto apresenta duas faces, uma relacionada com a noção de programa, o desenvolvimento de algo através de fases sequenciais; por outro lado há a ideia de estruturar e fazer avançar aquilo que se pretende, Ponte et al. (1998, cit. por Ruivo et al., 2010). Existe uma cultura de antecipação que sobre a forma de planificações ou previsões, procuram intervir sobre a realidade para alcançar as metas propostas, diz Boutinet (s.d., cit. por Ruivo et al., 2010).

A metodologia de projeto tem como objetivo primordial a resolução de problemas e está orientada para a prática. É um conjunto de procedimentos e de técnicas utilizados para compreender aspetos da realidade social, com a capacidade de prever e orientar o percurso a trilhar para a concretização do projeto. Por sua vez o projeto é considerado um plano de trabalho para resolver um problema onde os seus intervenientes estejam implicados (Ruivo et al., 2010).

A metodologia de projeto é mais do que a investigação sobre uma determinada problemática, é também uma tentativa de intervenção sobre esse mesmo problema aproximando-se da investigação-ação (Ruivo et al., 2010). Tal como a investigação-ação, a metodologia de projeto age sobre um determinado problema com a finalidade de melhorar o desempenho. Há o estudo do contexto onde se desenvolve a prática, com a finalidade de identificar os problemas ou áreas que necessitam de intervenção. Segue-se uma fase de procura de possíveis soluções a desenvolver no contexto do problema e finalmente a sua implementação na prática. O objetivo é conseguir soluções relevantes e aplicáveis em contextos específicos da prática profissional (Streubert & Carpenter, 2002).

A utilização da metodologia de projeto, pela sua aproximação à realidade, permite a quem investiga compreender de forma mais profunda o contexto onde se insere, traduzindo-se por uma planificação e implementação mais direcionada para a realidade, produzindo conhecimento para as pessoas e com as pessoas implicadas com a prática. Esta metodologia enquanto forma de resolução de problemas, deve implicar a população alvo da intervenção, esta pode ser conseguida através da auscultação das pessoas nas diferentes etapas. Esta aproximação à população determina a direção das ações a serem desenvolvidas. Há espaço para a mudança e adaptação aos diferentes contextos da realidade, tornando um processo dinâmico, que se adapta às necessidades ao longo do processo (Ruivo et al., 2010).

A metodologia de projeto e de acordo com Ruivo et al. (2010) é:

- **Intencional**, desenvolve atividades para alcançar um produto final em função de objetivos pré-estabelecidos;
- Pressupõe **iniciativa e autonomia**, demonstrada pela capacidade de elaborar e pôr em marcha um projeto e pela necessidade de tomar decisões;
- **Autêntico**, porque tem origem num problema concreto;
- **Complexo e incerto**, pelo qual necessita de planeamento;
- **Faseado e prolongado**, decorre ao longo de um tempo determinado percorrendo diversas fases.

A metodologia de projeto, diz Leite et al. (2001, cit. por Ruivo et al., 2010), resulta da identificação de problemas decorrente da prática do estudante, este, deverá encontrar soluções para ultrapassar as diferentes etapas do processo, tendo o professor de assegurar tarefas de orientação. Este tipo de trabalho permite desenvolver a autonomia preconizada pelo processo, permite utilizar em simultâneo várias perspetivas e conhecimentos, possibilitando a elaboração de novas formas de resolução de problemas. Há que referir também que este método de trabalho permitirá ao estudante fazer a interligação entre os diferentes conteúdos disciplinares ministrados durante a formação. No caso do estágio do mestrado em questão, este permite ainda o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, tal como elas são preconizadas pela OE e também as do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A metodologia de projeto pressupõe as seguintes fases: **diagnóstico da situação; planeamento; execução; avaliação** e a **divulgação dos resultados** (Ruivo et al., 2010).

Ao terminar esta breve reflexão sobre a metodologia de projeto e considerando os ensinamentos de Isabel Guerra citada por Ruivo et al., (2010, p.3), que diz “*A Metodologia de Projecto é um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real*”, capaz de prever a mudança e orientada para a resolução de problemas. Foi então a altura de iniciarmos o trabalho com a avaliação da realidade no local da intervenção.

2.1.1. O diagnóstico da situação

A primeira fase da metodologia de projeto é o diagnóstico da situação, é o momento onde se procura conhecer a realidade do local onde se pretende implementar o projeto, visa uma análise integrada das necessidades da população, para desenvolver estratégias e as ações mais adequadas para rentabilizar os recursos, estimular o trabalho em equipa com o intuito de capacitar, motivar e autonomizar a população (Ruivo, et al., 2010).

Diz-nos Brissos (2004), que há a necessidade de ter em conta os aspetos sociopolíticos, a capacidade de inovação ou a possibilidade de enfrentar forças de bloqueio. Defende também o conhecimento através da auscultação da população, da situação presente, das suas perspetivas, dos anseios, das experiências anteriores e os resultados daí inferidos. O *“diagnóstico deve proporcionar um conhecimento das forças e fraquezas do ambiente interno e das ameaças e oportunidades do ambiente externo”* (Brissos, 2004, p.47). O projeto deverá ser sustentável e proporcionar benefícios a longo prazo, perdurando após o seu fim, essa condição apenas será alcançável se as necessidades da população forem satisfeitas, com a resolução dos problemas ou a sua minimização, esta premissa apenas será cumprida quando o projeto assenta numa boa colheita de informação, sendo para tal fundamental a utilização de instrumentos para tal adaptados à situação (Ruivo et al., 2010).

Definição do problema

A definição do problema marca o início de uma investigação. Acerca do problema de investigação, diz-nos Adebo através de Fortin (2003), que é uma situação que precisa de uma solução, melhoramento ou modificação; diz-nos também Diers referido por Fortin (2003), que é um desvio entre a situação atual e aquela que deveria ser; ou ainda como podemos ler em Mace referenciado por Fortin (2003) que é a constatação de um desvio entre a situação insatisfatória e a aceitável, e onde há a necessidade de corrigir esse desvio.

A definição do problema é um elemento central para a realização do diagnóstico da situação, os princípios importantes que devem ser respeitados nesta etapa prendem-se com a necessidade de: ser concreto e real; haver condições para a

realização do estudo; ser relevante para a prática; ser formulado de forma clara e perceptível (Ruivo et al., 2010).

Para avaliação do problema foi efetuada uma **entrevista exploratória** no primeiro dia do estágio. De acordo com Quivy e Campenhoudt (2003) as entrevistas exploratórias auxiliam a construção da problemática da investigação, contribuem para perceber quais os aspetos mais pertinentes para o seu desenvolvimento e ainda alargar ou retificar o campo de investigação. São capazes de relevar determinados aspetos do fenómeno em estudo em que o investigador não teria pensado espontaneamente e desta forma apontar pistas para o trabalho.

A entrevista exploratória foi realizada no dia 7 de outubro de 2011, com a Sr.^a Enfermeira-Chefe do SUG e a Sr.^a Enfermeira Orientadora de estágio. Nesta entrevista foi decidido elaborar um estudo sobre o **processo de socialização/integração de profissionais de enfermagem** que iniciam funções no SUG do Hospital X. A escolha esteve relacionada com queremos empreender um projeto que tivesse a possibilidade de ser implementado na prática, tornando o projeto numa real intervenção no serviço, com vantagens para a instituição, com a construção de um documento orientador que norteie a socialização dos enfermeiros no serviço. Para além da definição da temática de trabalho, foram apresentados alguns aspetos que desde logo contextualizaram o problema. Assim, foi-nos referido que o guia de acolhimento e integração existente no serviço se encontrava desatualizado. O documento foi elaborado em 2005, antes da realização de obras de ampliação do serviço, que alteraram de forma substancial a estrutura física, organizacional, funcional e a necessidade de recursos humanos. Foi-nos também possível perceber o nível de rotatividade de enfermeiros no serviço, tendo sido constatado que de uma equipa constituída por 90 enfermeiros, 14 já tinham sido integrados nos primeiros 9 meses de 2011, o que representava 15,5% de novos profissionais.

Com base na análise da entrevista exploratória de 7 de outubro, definimos que a área de trabalho do PIS estaria relacionada com um problema de **desadequação do processo de socialização de novos enfermeiros no SUG do Hospital X**. No entanto houve a necessidade de evidenciar e fundamentar esse problema razão pela qual foram utilizados alguns instrumentos de diagnóstico.

Os instrumentos de diagnóstico

Dos diversos instrumentos de diagnóstico que poderiam ser utilizados, por melhor adaptação ao estudo em causa foram efetuadas **entrevistas à equipa de enfermagem**, a **análise das Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (SWOT)** e a **Stream Analysis**.

Entrevistas à Equipa de Enfermagem

A **entrevista** surge definida como um método de recolha de informação através de conversas orais, com o fim de obter informações sobre fatos ou representações, cujo interesse é analisado na perspetiva do objetivo da recolha de dados (Ketele & Roegiers, 1999). As entrevistas preenchem algumas funções: um método exploratório para avaliar conceitos; servir de instrumento de medida numa investigação; como complemento a outros métodos, para explorar resultados inesperados, validar resultados ou para aprofundá-los (Fortin, 2003).

Diz-nos Fortin (2003) que as entrevistas podem ser de dois tipos, **estruturadas** ou uniformizadas ou **não estruturadas** ou não uniformizadas. Na entrevista estruturada o entrevistador tem o total controlo sobre o conteúdo, a forma, a análise e interpretação; por sua vez na entrevista não estruturada não há predeterminação sobre a formulação ou sequência das questões, caracteriza-se por ser totalmente aberta, de ser flexível e de buscar os significados e a conceção do entrevistado sobre um determinado tema. No entanto o entrevistador deve direcionar o diálogo para um foco, o assunto que está a ser pesquisado, diz Gil (1999, cit. por Aguiar & Medeiros, 2009) que a entrevista não é uma simples conversa, porque há um objetivo, a colheita de dados para um determinado fim.

Por sua vez, Ketele e Roegiers (1999) apresenta-nos a ideia de entrevista semiestruturada, como aquela onde o entrevistador tem previsto algumas questões para lançar como ponto de referência. Apresenta duas grandes vantagens: reflete melhor as representações sobre um fenómeno, pois permitem liberdade de expressão ao entrevistado e permite poupar tempo, face a uma técnica não estruturada, pois permite colocar o foco nos assuntos pertinentes.

Após a escolha da entrevista como um dos métodos de colheita de dados que cumpria os objetivos do projeto, foi necessário estabelecer qual a **população alvo** do estudo. A população alvo é definida como “a *colecção de elementos ou de*

sujeitos que partilham características comuns (...)” (Fortin, 2003, p.202) o que na situação do projeto proposto seriam todos os enfermeiros do SUG. A **amostra** é *“um sub-conjunto de uma população (...) uma réplica em miniatura da população alvo”*(Fortin, 2003, p.202), foi escolhido como grupo de amostra todos enfermeiros do SUG do Hospital X que tivessem participado em processos de socialização nos primeiros 9 meses de 2011, quer como elemento que foi integrado ou como orientador responsável pela integração de outro enfermeiro. A intenção foi captar com maior nitidez os fenómenos vivenciados num tempo recente. Assim, foram efetuadas entrevistas semiestruturadas, aos elementos que tivessem participado em processos de socialização no SUG do Hospital X nos últimos 9 meses.

As entrevistas enquadraram-se numa perspetiva exploratória do problema, onde através da análise do conteúdo das respostas às entrevistas, procuramos ultrapassar a incerteza, confirmar a validade da informação contida e perceber se esta era generalizável. Por outro lado, procuramos enriquecer a leitura com a descoberta de conteúdos pertinentes na mensagem, que uma leitura mais imediata possa ter deixado passar em claro (Bardin, 1995).

De início não definimos quantas entrevistas seriam efetuadas, foi preferível avaliar o nível de **saturação** das informações obtidas ao longo da colheita de dados. A saturação é a repetição da informação descoberta e que confirmam os dados já recolhidos, sendo a amostra mais do que *“um número específico de indivíduos para obter significado em alguma manipulação estatística, o investigador quantitativo procura a repetição e confirmação de dados previamente colhidos”* (Streubert & Carpenter, 2002, p.26).

O guião para a entrevista foi elaborado tendo como objetivo obter informação sobre:

- 1) A necessidade de um período de integração e qual a razão para tal;
- 2) Se o processo de integração é considerado como um ganho;
- 3) A existência de aspetos positivos no período de integração;
- 4) A existência de aspetos que podem ser melhorados no processo de integração;
- 5) As dificuldades mais comuns durante os períodos de integração
- 6) Conhecer a importância da existência de um guia orientador na integração.

As considerações éticas são outro aspeto a ter em consideração aquando da elaboração de uma investigação. O projeto a ser desenvolvido não interfere com os utentes da instituição. Estando em causa entrevistas a enfermeiros do SUG, logo os princípios éticos têm que ser garantidos. Diz-nos Grande (2000, cit. por Martins, 2008), que independentemente de qual for a natureza do projeto de investigação, os princípios éticos da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça, deverão ser tidos em conta. Assim, foi garantida a confidencialidade e o anonimato a todos os participantes nas entrevistas, assegurando o princípio da não maleficência, garantindo que os participantes não podem ser prejudicados pela sua participação (Martins, 2008). Nesse sentido as entrevistas foram individuais e efetuadas em sala fechada. As entrevistas foram gravadas em suporte informático, posteriormente foram transcritas e a cada uma delas foi-lhes atribuído um código alfanumérico que impedia o conhecimento do entrevistado. Após as transcrições as gravações foram destruídas. A participação dos diferentes entrevistados foi efetuada de forma voluntária, após solicitação para a realização da entrevista por parte do autor do projeto. Os enfermeiros que participaram foram informados da finalidade e da forma como iria decorrer a entrevista, através da leitura do guião, sendo solicitado o seu consentimento e participação, não houve qualquer recusa e sendo desta forma assegurado o princípio da autonomia. No que diz respeito ao princípio da beneficência foi garantido através da leitura do guião o respeito pelas opiniões individuais sendo tratados com dignidade e respeito (Streubert & Carpenter, 2002).

Foi pedido autorização ao CA para a realização das entrevistas no dia 25 de outubro de 2011, a resposta por parte da Sr.^a Enfermeira Diretora foi verbal, referindo que não justificava uma resposta por escrito, já que estas entrevistas não interfeririam com a prestação de cuidados aos utentes (APÊNDICE I).

Foram elaborados dois guiões de entrevista diferentes, um dirigido aos enfermeiros que foram responsáveis pela integração de novos elementos (APÊNDICE II) e outro aos enfermeiros que foram integrados no serviço (APÊNDICE III).

Foram efetuadas 14 entrevistas entre o dia 2 e 15 de novembro de 2011, até ter sido alcançado um ponto de saturação das respostas obtidas.

As entrevistas foram analisadas através de técnicas de **análise de conteúdo**, estas são descritas como “*procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção de variáveis inferidas) destas mensagens*” (Bardin, 1995, p.42).

A análise das respostas às entrevistas foi efetuada de acordo com os princípios defendidos por Bardin (1995), através da referência objetiva ou inferida de aspetos inerentes a cada um dos objetivos propostos para serem analisados. Foi possível catalogar as respostas em grupos comuns. Os aspetos referenciados obedecem a algumas premissas necessárias para garantir a objetividade da análise das respostas obtidas. Estas premissas são:

- a) **Exclusão mútua** – implica que um aspeto referenciado só pode pertencer a um dos grupos descritos;
- b) **Regra da homogeneidade** – os grupos refletem características comuns;
- c) **Serem pertinentes** – importantes para o estudo a ser efetuado;
- d) **A objetividade e a fidelidade** – relacionada com cada resposta colocada em cada grupo, ser objetivamente pertencente a esse grupo;
- e) **A produtividade** – cada grupo é importante e revela aspetos que têm aplicabilidade prática.

Da análise que foi efetuada às entrevistas foram retiradas algumas conclusões, assim e de acordo com os objetivos propostos foi possível saber que:

- Doze dos catorze enfermeiros entrevistados consideraram **importante a existência de um processo de socialização**;
- A maioria dos enfermeiros referiram que há ganhos com um processo de socialização e aquele mais referido foi a **melhoria na prestação de cuidados de enfermagem**;
- Todos os entrevistados apresentaram pontos positivos no período de socialização, como mais referenciado surge, o **conhecimento da metodologia de trabalho** do serviço;
- Todos os enfermeiros indicaram pontos de possível melhoria no processo de socialização. O mais referenciado foi a necessária **existência de um período de integração ou o seu cumprimento**;

- Apenas um entrevistado referiu não ter sentido dificuldades no tempo de socialização do SUG. Todos os outros referiram dificuldades, sendo que a mais citada foi a **adaptação à organização do serviço**;
- Dos catorze enfermeiros entrevistados, onze não tiveram contacto com o guia de integração no serviço. No entanto 12 deles referiram ser importante a existência de um documento orientador que acompanhasse o profissional nos primeiros tempos de trabalho no SUG.

Através da análise das entrevistas foi possível concluir que:

- a) O período de socialização é necessário para qualquer pessoa que inicie funções no serviço em questão;
- b) O período de socialização representa um ganho para as pessoas em integração e para a equipa;
- c) É fundamental a existência de um documento que oriente o período de socialização.

A análise completa das entrevistas é apresentada em apêndice (APÊNDICE IV).

A análise SWOT

A análise SWOT foi apresentada na década de 1960. O acrónimo SWOT é fruto da conjugação das palavras inglesas *Strengths* (forças), *Weaknesses* (fraquezas), *Opportunities* (oportunidades) e *Threats* (ameaças). É uma ferramenta que permite a análise integrada de um processo que tanto considera a componente externa (o meio envolvente), como a componente interna (Silva, s.d.). Os seus constituintes são:

- **Pontos fortes** (strengths) – as vantagens de um processo/organização em relação às alternativas;
- **Pontos fracos** (weaknesses) – as desvantagens de um processo/organização em relação às alternativas;
- **Oportunidades** (opportunities) – os aspetos positivos da envolvente que facilitam o desenvolvimento do projeto;
- **Ameaças** (threats) – os aspetos negativos da envolvente que dificultam o desenvolvimento do projeto.

A SWOT materializa-se num quadro com os seus quatro constituintes, onde são registadas as diversas variáveis para análise (PME negócios, s.d.). Na análise SWOT (APÊNDICE V), que efetuamos para o projeto de socialização de novos profissionais de enfermagem no SUG do Hospital X, foram apontados como pontos fortes alguns dos aspetos detetados na análise das entrevistas, como o reconhecimento da necessidade de um período de socialização, sendo este também apoiado pela equipa de gestão do serviço. Um dos pontos fracos apontados foi o elemento em integração não ser sempre acompanhado pela mesma pessoa. O processo de socialização surge como a oportunidade melhoria da imagem e do desempenho do serviço. A principal ameaça detetada ao processo está relacionada com o custo acrescido, no imediato, para a instituição.

Através da análise SWOT foi possível verificar um maior número de pontos fortes e de oportunidades, relativamente aos pontos fracos e ameaças. No documento apresentado em apêndice é possível identificar propostas de conversão, quer dos pontos fracos em fortes e das ameaças em oportunidades. De referir ainda a possibilidade de utilização de estratégias de matching, onde se procura potenciar os pontos fortes para os tornar em oportunidades (Silva, s.d.).

A stream analysis

A stream analysis tem sido utilizada para realizar diagnósticos de problemas que afetam as organizações, diz Anderson-Ashcraft (2002, p.7) que:

“is one method for determining the nature of underlying problems (whether or not those problems are real or perceived) (...) Porras refers to the model as a “procedural and implementation theory that is represented graphically”. Stream analysis outlines steps to use planning a change process intervention. The visual nature of the graphical product enables understanding at all levels in the organization. The strength of this model is not only its ability to reveal underlying root causes and their resulting symptoms but also its ability to be used to plan and track progress of organizational change visually”.

A stream analysis para além da análise do problema, deverá promover a mudança de forma planeada. A análise assenta no pressuposto que o desempenho de uma organização é fruto da complexa interação entre os seus diferentes componentes que são: a organização formal (como as atividades deveriam ser elaboradas); os fatores sociais (como as atividades são efetivamente elaboradas), as tecnologias (os meios disponíveis, as ferramentas e

os métodos de trabalho) e o espaço físico (ambiente, ergonomia) (Anderson-Ashcraft, 2002) e (Ruivo et al., 2010).

A análise das relações entre as diferentes dimensões permitiu-nos elaborar a stream analysis (APÊNDICE VI) do atual processo de socialização de novos elementos, onde foi possível inferirmos a existência de um processo de menor qualidade traduzindo-se em piores cuidados de enfermagem, períodos de integração mais longos, maior insegurança na prestação de cuidados de enfermagem e custos acrescidos.

Após a entrevista exploratória e a elaboração e análise das diversas ferramentas de gestão referidas, foi definido o problema como: **a desadequação do processo de integração de novos enfermeiros no Serviço de Urgência Geral do Hospital X.**

2.1.2. Definição de objetivos

Após ter sido delimitada a área de estudo, efetuada a sua análise baseada em ferramentas de diagnóstico da situação e a identificação do problema, foi chegada a altura de compreender onde queremos chegar com a enunciação dos objetivos para o estudo.

Os objetivos indicam quais os resultados que se pretendem atingir ou podem também ser apresentados como “*representações antecipadoras centradas na acção a realizar*” Barbier (1996, cit. por Ruivo et al., 2010, p.18). Para planificar é necessário ter uma imagem clara dos objetivos, pois de outra forma teríamos uma planificação cega, sem um sentido orientador (Ruivo et al., 2010).

Os objetivos são expressos a dois níveis, no **geral**, onde é indicado o trabalho a ser realizado no final e os **específicos**, que expressam as tarefas parcelares a serem alcançadas ao longo do projeto, diz Mão de Ferro (1999, cit. por Ruivo et al., 2010).

Dentro deste contexto foi definido como objetivo geral: **melhorar a integração dos novos elementos no serviço de urgência geral do Hospital X.** Os objetivos específicos foram: **a) Produzir um guia de integração de novos profissionais no serviço de urgência geral do Hospital X; b) Divulgar o guia de integração de novos profissionais no serviço de urgência da geral do Hospital X.**

Foi elaborada a ficha de diagnóstico em modelo disponibilizado pela escola (APÊNDICE VII). Nesta ficha de diagnóstico, para além dos elementos de identificação, foi apresentada uma breve explicitação da área sobre o qual o trabalho vai incidir, as razões para a sua escolha e foi apresentado o problema. Foi também efetuado o enquadramento e análise do problema com indicação dos problemas parcelares e determinadas as prioridades. A ficha de diagnóstico termina com a indicação dos objetivos do projeto.

2.1.3. O planeamento

O planeamento é a construção de um plano detalhado do projeto onde é explicitado: com quem é necessário articular intervenções; quais as atividades a desenvolver de acordo com os objetivos delineados; a calendarização das atividades; a previsão de custos para a execução do projeto e ainda são projetados os principais constrangimentos e enunciadas formas de os ultrapassar (Ruivo et al., 2010).

Foram planeadas várias atividades para cada objetivo delineado. Para produzir o guia de integração de novos profissionais no SUG foi proposto:

- a) A análise crítica do guia de acolhimento e integração existente;
- b) Conhecer o espaço físico do serviço; conhecer os recursos humanos disponíveis;
- c) Conhecer a metodologia de trabalho do SUG;
- d) Apreender o circuito do doente no serviço.

As atividades acima referenciadas enquadram-se nas competências comuns do Enfermeiro Especialista, nomeadamente no domínio da gestão de cuidados e na melhoria da qualidade. Outras atividades planeadas possibilitaram a articulação com as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, como:

- a) A realização de estágio na CCI do Hospital X, que vai no sentido de desenvolvermos a competência que procura maximizar a prevenção e o controlo da infeção na pessoa em situação crítica ou em falência orgânica (O.E., 2010a);
- b) A análise dos planos de emergência interna e externa do Hospital X que procuramos articular com o plano de socialização de novos enfermeiros e

desenvolver a competência que aponta para a capacidade de dinamizar a resposta às situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas (O.E., 2010a).

De forma transversal a estes objetivos, está a pesquisa bibliográfica sobre o processo de socialização de novos profissionais em novos postos de trabalho e sobre temáticas colaterais ao processo de socialização. Com o intuito de cumprir o primeiro objetivo estabelecido, planeamos elaborar o **protótipo I** do guia de integração para ser entregue e avaliado pelos **chefes-de-equipa** do SUG. Da análise das propostas de alteração ao protótipo I sugeridos pelos chefes-de-equipa, planeamos construir o **protótipo II** do guia de integração, para ser avaliado pela Professora e pela Orientadora do estágio. Com base nas sugestões propostas quer pela professora quer pela orientadora elaboramos o **guia de integração definitivo**.

O segundo objetivo específico foi **divulgar o guia de integração de novos profissionais no SUG**, onde planeamos uma série de atividades que culminam com a apresentação à comunidade do documento elaborado. Através deste objetivo desenvolvemos o domínio das aprendizagens profissionais, enquanto competência comum do especialista em enfermagem. São planeadas atividades como:

- a) Planear a sessão de apresentação do guia de integração;
- b) Divulgar a sessão de apresentação;
- c) Preparar os materiais para a sessão;
- d) Realizar a sessão pública de apresentação do guia de integração de novos enfermeiros na SUG;
- e) Fazer a avaliação da sessão.

A gestão de tempo é fundamental para o desenvolvimento do projeto dentro do espaço temporal definido, diz Fortin (2003), pelo que é importante a imposição de prazos e metas. Assim, foi elaborado um gráfico de Gantt, para planear as diversas fases do projeto com o estabelecimento de uma sequência de atividades para o cumprimento dos objetivos estabelecidos (Ruivo et al., 2010).

Foi elaborado um orçamento com os gastos previsíveis para a execução do projeto. O desenvolvimento de um projeto consome meios, materiais e financeiros para execução das suas atividades (Ruivo et al., 2010). Foi previsto uma despesa de 267,99€ em produtos de papelaria, consumíveis informáticos e internet.

O planeamento do PIS foi materializado através da folha de “**planeamento do projeto**” indicado pela Escola Superior de Saúde de Setúbal, que contemplou todas as dimensões anteriormente referidas. Este documento foi analisado e discutido pela Sr.^a Enfermeira Orientadora e pela Sr.^a Professora Orientadora, destas sugeriram várias alterações, até à redação da versão final, que foi definitivamente aprovada em 9 de fevereiro de 2012 (APÊNDICE VIII).

2.1.4. A execução

A execução do projeto coloca em prática aquilo que foi planeado nas fases anteriores. Há uma passagem entre a idealização mental do trabalho para a sua construção real. Esta passagem coloca diversos problemas cuja resolução promove o desenvolvimento de competências, diz Nogueira (2005, cit. por Ruivo et al., 2010). O projeto é uma estimativa de como irá decorrer a execução do trabalho, tal como o percurso entre dois pontos, onde é necessário passar por zonas intermédias. Durante o percurso por vezes é necessário fazer desvios, alterações ao percurso inicial, sendo no entanto fundamental não perder a noção do destino final (Conselho da Europa, 2000). Diz Ramos (2008, cit. por Ruivo et al. 2010), que se existirem alterações ao que foi planeado, estas poderão ser efetuadas, sem no entanto perder o horizonte do essencial e em especial os objetivos delineados.

Durante a fase de execução do trabalho houve um intenso contato com a realidade, associado a técnicas como a observação direta, a entrevista ou análise de documentos, estas permitiram o desenvolvimento das diferentes atividades previstas para a consecução do projeto.

A execução do PIS teve início em simultâneo com o estágio III, em 19 de março de 2012, com o cumprimento das diversas atividades planeadas.

Análise do guia de acolhimento e integração

A primeira etapa da execução do PIS passou pela análise do guia de acolhimento existente no SUG. O documento com a data de 2005, refletia uma realidade

distinta da atual. A parte textual daquele guia encontrava-se dividida numa introdução e em quinze capítulos. No primeiro capítulo eram descritos os recursos humanos disponíveis no serviço de urgência, a caracterização da estrutura física do serviço e os serviços com os quais este se articula.

A segunda parte descrevia o circuito do utente desde a sua admissão, aos procedimentos efetuados e as diversas possibilidades de saída do serviço. São incluídos os procedimentos necessários para a transferência de utentes quer internas quer externas e a forma de os admitir quando estes vêm transferidos de outras unidades de saúde. A terceira parte refletia o trabalho de enfermagem nos turnos da noite, manhã e tarde. São também indicadas algumas normas para a realização dos registos de enfermagem.

A quarta etapa apresentava as normas do controlo de infeção em vigor no serviço e as indicações a serem seguidas em caso de acidente em serviço. As intervenções terapêuticas e os exames complementares de diagnósticos eram discutidos no capítulo quinto. A sexta seção apresentava ao leitor as normas da instituição no que diz respeito às visitas e informação aos familiares dos utentes, em especial os seus horários e tipo de informação disponibilizado.

A sétima secção apresentava a forma de articulação do SUG com o Serviço de Alimentação, dando a conhecer a forma como as refeições eram distribuídas, os seus horários, os procedimentos burocráticos para a obtenção das refeições, entre outros. A relação do serviço com os Serviços Farmacêuticos era descrita de forma sucinta no capítulo oitavo, com indicação das diferentes formas de distribuição dos fármacos e as burocracias necessárias para a sua requisição, eram também aprofundados os procedimentos para a administração de medicação estupefaciente e o seu registo.

No nono capítulo, o guia de integração falava do Serviço de Esterilização, dos horários de recolha e distribuição de material e dos procedimentos administrativos para a requisição dos seus serviços. A parte dez descrevia a forma de proceder em caso de empréstimo de material entre unidades. Por sua vez no capítulo onze, o guia de integração, descrevia o circuito da roupa lavada e da roupa suja, os horários de recolha e distribuição e a forma de armazenamento.

A seção doze incidia sobre as atividades inerentes aos assistentes operacionais, onde eram descritas as suas funções e a distribuição destes profissionais pelos diferentes turnos de trabalho. No capítulo treze eram apresentadas considerações sobre a elaboração dos horários de trabalho, a assiduidade, a pontualidade, o seu registo na folha de ponto e referenciados aspetos sobre as férias e outros tipos de licenças. O último capítulo apresentava o plano de integração, sendo enunciados os objetivos, apresentada a metodologia, o horário, a forma de avaliação do tempo de integração e também as atividades a desenvolver.

Da análise efetuada ao guia de acolhimento e integração dos enfermeiros no SUG, foi possível chegarmos a algumas conclusões:

- a) O guia encontra-se desatualizado, redigido há sete anos, fazia uma descrição de uma estrutura significativamente alterada por obras de ampliação e com recursos humanos dispares dos atuais;
- b) A nova estrutura condiciona o circuito do utente pelas instalações e a distribuição dos recursos humanos pelos postos de trabalho;
- c) Os aspetos do controlo da infeção encontravam-se desatualizados de acordo com as práticas preconizadas pela CCI e em vigor no hospital X;
- d) As normas que orientavam o período de visitas e de informação clínica dos utentes não estão de acordo com as normas em vigor;
- e) A articulação com a maioria dos serviços (Farmacêuticos, Imagiologia, Patologia Clínica, entre outros) não representa a realidade atual;
- f) O guia de integração elaborado em 2005 não faz qualquer referência aos procedimentos para situações de emergência;
- g) O capítulo que abordava algumas questões da legislação laboral refere-se apenas às férias ou às ausências por doença, não referindo outras licenças como as relacionadas com a parentalidade, o casamento, a formação ou o falecimento de familiares;
- h) A estruturação da integração no SUG está delineada em moldes desajustados com a realidade atual, nomeadamente pela Lei Geral do Trabalho (Lei N.º 2/2009), onde no art.º 112º é referido o período experimental.

Conhecer o espaço físico

O conhecimento da estrutura física foi conseguido durante a realização do estágio, através de **observação direta** e pela análise das plantas do serviço. Diz Quivy e Campenhoudt (2003) que a observação direta procura captar os comportamentos no momento em que são produzidos, sem a utilização de qualquer tipo de mediação, como um documento ou um testemunho.

O SUG do Hospital X está dividido em diferentes zonas de prestação de cuidados, a Decisão Clínica, a Zona de Atendimento de Adultos e a Reanimação. Para além destas zonas existem outras salas de apoio aos cuidados.

A **Decisão Clínica** é um espaço amplo elaborado segundo o conceito de *open space*, que permite reduzir a dispersão dos utentes e de recursos, com a concentração num único espaço com ausências de barreiras físicas os utentes que necessitam de vigilância permanente (HDF, EPE, 2012). Estão nesta sala os utentes com processo de internamento a aguardar vaga nos respetivos serviços, ou que após a triagem necessitam de ficar em maca a aguardar observação médica e ainda aqueles que necessitam de monitorização do estado clínico enquanto estão em observação pela equipa de enfermagem e médica.

A **Zona de Atendimento de Adultos** é constituída por diversas áreas assistenciais e de apoio. Nesta zona são prestados cuidados aos utentes com episódio de urgência que não necessitam de permanecer em maca ou com monitorização do estado hemodinâmico. Esta zona está dividida em diversas salas e zonas prestação de cuidados, como: duas salas de pequena cirurgia; a zona de pré-atendimento (onde ficam os utentes que podem ficar sentados durante a prestação de cuidados e aqueles com necessidade de oxigenioterapia); sala de trabalho de enfermagem onde são realizados os procedimentos de enfermagem aos utentes que podem deambular ou se deslocam em cadeira de rodas; a sala de ortopedia; a sala de triagem; o quarto de isolamento; sala de espera de utentes triados de amarelo e laranja; sala de espera de utentes que aguardam ser triados e aqueles que já foram triados de verde ou de azul. Para além destes espaços assistenciais são também de considerar salas ou zonas de apoio às zonas assistenciais, como: cinco gabinetes médicos; uma sala de reuniões; três casas de banho para os profissionais; duas casas de banho para os utentes; duas salas para o material sujo; uma sala para recolha de roupa suja; o

gabinete da enfermeira-chefe; o gabinete do diretor de serviço; zona de descanso e alimentação dos profissionais; gabinete do secretariado do serviço de urgência; o gabinete do serviço social; sala de recolha de espólios; sala de admissão de doentes; um armazém avançado para material de uso clínico.

A **Reanimação** é a sala do SUG onde são admitidos os utentes em situação crítica e onde são prestados os cuidados de enfermagem e intervenções médicas mais diferenciadas.

Conhecer os recursos humanos

O conhecimento dos recursos humanos resultou da **observação direta** e de **entrevistas não estruturadas** que permitiu identificar os diferentes grupos profissionais que trabalhavam no SUG, suas funções e articulação entre si.

Os objetivos que presidiram às entrevistas aos responsáveis dos diversos grupos profissionais que trabalham no SUG, foi o de conhecer a composição das diferentes equipas, o seu trabalho e o tempo de presença no serviço. Estas entrevistas decorreram entre 9 de Abril e 16 de Abril de 2012. Foi pedido autorização ao CA (APÊNDICE IX) a resposta foi verbal, referindo que não justificava uma resposta por escrito, já que estas entrevistas não interfeririam com a prestação de cuidados aos utentes.

Foi possível saber que a **equipa de enfermagem** é constituída por cinquenta e seis elementos, sendo que três deles constituíam a equipa de gestão, enquanto os restantes se encontravam enquadrados em quatro equipas. O trabalho desta equipa é permanente durante as vinte e quatro horas dividido em três turnos diários de aproximadamente oito horas cada.

A **equipa médica**, segundo o diretor do SUG, encontra-se dividida segundo diferentes especialidades, estão de presença física durante as vinte e quatro horas: clínicos gerais, medicina interna, cirurgia geral, ortopedia e anestesiologia; durante algum período do dia há urgência de oftalmologia, otorrinolaringologia, gastroenterologia e cardiologia. O atendimento pediátrico e de ginecologia/obstetrícia são efetuados em locais de atendimento específicos fora do SUG.

A colheita de informação acerca dos **assistentes operacionais** decorreu com a encarregada dos serviços gerais do hospital. Foi possível saber que a equipa é

constituída por vinte e oito profissionais divididos em quatro equipas, que asseguram a atividade durante as vinte e quatro horas.

Os **assistentes técnicos** dão resposta às solicitações administrativas e burocráticas do serviço de urgência. Estes profissionais estavam presentes no serviço durante vinte e quatro horas, no serviço de admissão de doentes.

Está presente no SUG, entre as oito e as vinte e quatro horas, um **técnico de cardiopneumografia**, que efetuava os exames complementares de diagnóstico da sua área de competência.

O SUG para o seu funcionamento necessita de articular com outros serviços do Hospital X. Para conhecer esta articulação foram efetuadas entrevistas, não estruturadas, aos responsáveis dos serviços, onde o objetivo passou por: a) conhecer os serviços fornecidos ao SUG, b) conhecer os horários de funcionamento c) a articulação entre estes serviços e o SUG. As entrevistas decorreram entre o 9 de Abril e 16 de Abril de 2012.

O **Serviço de Imuno-hemoterapia** fornece em permanência produtos derivados do sangue, segundo requisição médica; tem em permanência técnicos de análises clínicas e saúde pública.

O **Serviço de Imagiologia** fornece serviços de imagem clínica por solicitação médica, nomeadamente a radiologia convencional e a tomografia computadorizada durante as vinte e quatro horas do dia e faz estudos ecográficos em parte do dia.

O **Serviço de Patologia Clínica** fornece os Meios Complementares de Diagnóstico (MCD) na área da patologia clínica, hematologia, bioquímica, imunologia e bacteriologia, por solicitação médica, nas vinte e quatro horas do dia para exames de urgência, tendo presença permanentemente de técnicos de análises clínicas e saúde pública.

O **Serviço de Alimentação e Dietética** garante o fornecimento da alimentação adequada a cada utente e supervisiona a alimentação fornecida por entidades externas. Com dietistas presentes parte do dia, articulam a sua atividade com o SUG através dos pedidos efetuados por médicos e enfermeiros pelos sistemas informáticos ou através de impressos.

O **Gabinete de Apoio e Informação ao Utente (GAIU)**, é constituído por assistentes técnicos, têm a função de fornecer informações não clínicas, organizar as visitas e promover o contato entre equipa clínica e os familiares. Estão presentes na sala da admissão de doentes entre as 9.00 e as 24.00 horas.

O **Serviço Social** tem a função de promover o apoio psicossocial aos utentes do SUG. Presente no horário de expediente articula a sua atividade com as solicitações médicas ou de enfermagem, efetuadas através das aplicações informáticas ou de contato direto.

Os **Serviços Farmacêuticos** fornecem o tratamento farmacoterapêutico aos utentes do SUG. Com farmacêuticos e técnicos de farmácia, estão em presença física ou de prevenção conforme a hora ou o dia. Têm um sistema de distribuição de produtos que varia segundo a área de prestação de cuidados e/ou conforme os produtos em questão, as solicitações àquele serviço são efetuadas de forma eletrónica ou através de impressos.

A **Central de Esterilização** a funcionar entre as oito e as vinte e quatro horas, tem a função de recolher, esterilizar e fornecer os dispositivos médicos duas vezes por dia ou em caso de necessidade através de troca direta.

O **Serviço de Informática** gere e administra os sistemas de informação do hospital. Com técnicos em presença física ou de prevenção, a solicitação dos serviços destes técnicos é efetuado por via telefónica.

O **Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE)** garante a manutenção planeada ou corretiva de equipamentos e instalações. As intervenções podem ser solicitadas pela aplicação informática ou em caso de emergência através de contato telefónico para os técnicos em presença física ou de prevenção.

O **Serviço de Aprovisionamento** disponibiliza os bens necessários para o funcionamento do serviço, utilizando um armazém avançado instalado no serviço. A reposição de material é efetuada duas vezes por semana com base nos registos informáticos dos consumos efetuados pelos Assistentes Operacionais ou Enfermeiros. Em casos de rotura de stock, é necessário a equipa de gestão do SUG informar aquele serviço por mail.

A **Lavandaria** recolhe a roupa suja, faz o seu tratamento e fornece limpa ao serviço. A recolha e distribuição é efetuada por funcionário daquele serviço.

Para além dos recursos humanos próprios instituição, é necessário a articulação com outros serviços com funções no SUG e que são contratados a empresas em regime de outsourcing. São os casos de uma empresa de **segurança privada** que assegura a vigilância das instalações, controla as entradas e as saídas de utentes e acompanhantes e informa sobre a localização de serviços e gabinetes. Uma empresa de prestação de serviços na **área alimentar** que atua na dependência do Serviço de Alimentação e Dietética. Uma empresa de prestação de serviços de **limpeza** que é responsável pela higienização de parte do SUG. Um **barbeiro** que se desloca uma vez por semana ao serviço.

Conhecer a metodologia de trabalho

A metodologia de trabalho de enfermagem no SUG é adaptada aos diferentes contextos existentes, sendo centrada no **método de equipa**. Neste método, um dos elementos da equipa de gestão planeia e distribui os enfermeiros pelos diferentes postos de trabalhos afetando deste modo utentes a enfermeiros, diz Pinheiro (1994, cit. por Costa, 2004). Neste método o chefe da equipa tem a responsabilidade dos cuidados supervisionando o desempenho dos cuidados (Costa, 1999). No entanto é possível observar traços de outros métodos, caso do **método individual**, que procura um cuidado global, onde em enfermeiro fica responsável por um determinado número de utentes, sendo este responsável pela prestação de cuidados durante o seu horário de trabalho (Costa, 1999). Há postos de trabalho onde o método de trabalho é predominantemente **funcional**, onde há a resposta a solicitações individuais de cada utente e de outros profissionais. O enfermeiro organiza o trabalho de forma parcelar em tarefas, onde cada profissional tem a responsabilidade de executar uma tarefa, diz Boekholdt (1979, cit. por Costa, 2004). Diz Lopes (1995, cit. por Costa, 1999) que é um método onde há a divisão do trabalho em tarefas, onde cada enfermeiro é responsabilizado por uma parte das tarefas previamente definidas. Esta divisão leva a que cada enfermeiro esteja mais orientado para a tarefa do que para o utente Pinheiro (1994, cit. por Costa, 1999).

Os enfermeiros são distribuídos diariamente pelos diversos postos de trabalho, sendo estes: a Decisão Clínica (utentes com e sem episódio de internamento); a zona de pré-atendimento, sala de ortopedia e o quarto de isolamento; pequena cirurgia; sala de triagem; a Sala de Reanimação (SR), o elemento que assegura

as transferências da Via Verde Coronária (VVC), o elemento da equipa de transferências e o chefe de equipa.

Os registos enfermagem são efetuados de forma eletrónica, no sistema ALERT[®] para os utentes com episódio de urgência e através da aplicação informática da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem / Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (CIPE/SAPE), de acordo com a Norma de Procedimento (NP) de Enfermagem n.º 2/XII/E de 2010. Os registos de enfermagem devem:

- Garantir a continuidade dos cuidados;
- Garantir a comunicação entre os membros da equipa;
- Colaborar na avaliação da eficácia e qualidade dos cuidados;
- Responsabilizar os profissionais prestadores de cuidados;
- Salvaguardar a responsabilidade profissional e os aspetos ético-legais.

Os registos deverão seguir algumas regras:

- Ser concisos, objetivos e completos;
- Utilizar apenas os acrónimos e siglas standardizadas;
- Usar dados objetivos, sem fazer juízos de valor;
- Os registos de enfermagem, a validação de procedimento ou outra qualquer intervenção devem ser registados no perfil informático do próprio enfermeiro e não de outros enfermeiros.

Para os utentes que se encontram com processo de internamento, é utilizada a aplicação CIPE/SAPE, onde são levantadas monitorizações, como os sinais vitais; vigilâncias de atividades de vida e o levantamento de algumas intervenções de acordo com as necessidades do utente.

Conhecer o circuito do utente

O circuito do utente descreve os espaços que este percorre no SUG, desde o momento da admissão, até ao final do seu episódio de urgência. O primeiro passo é a admissão ao serviço, que poder ser feita pelo próprio, por um acompanhante ou pelas entidades transportadoras. A entrada na zona assistencial é efetuada através da triagem ou pela SR quando se trata de utentes em situação crítica sendo necessário contato prévio.

A **triagem** é baseada na identificação objetiva e sistemática de critérios de gravidade, permitindo determinar qual a prioridade de atendimento e apontando para tempos expectáveis para a observação médica (Grupo Português de Triagem, s.d.). Os utentes são posteriormente alocados a diferentes salas consoante a sua prioridade, necessidade de vigilância e estado de dependência. Assim, se necessitarem de cadeira de rodas ou de oxigenioterapia aguardam na zona de pré-atendimento. Os utentes que necessitam de estar deitados em maca ou de monitorização do estado hemodinâmico, são transportados para a sala de decisão clínica.

O atendimento médico pode ser efetuado em diferentes locais, dependendo das necessidades do utente, pode ser nos **gabinetes médicos**, na **zona de pré-atendimento**, na **decisão clínica**, nas **salas de pequena cirurgia**, na **sala de ortopedia** ou na **SR** para os utentes com critérios de risco. Após a observação médica os utentes poderão ter alta, podem ser pedidos MCD's, prescrita medicação ou outros procedimentos. Estes serão efetuados consoante as possibilidades dos utentes, nos locais já indicados ou transportados para o serviço de imagiologia, ou para outras especialidades, caso da oftalmologia, gastroenterologia, otorrinolaringologia ou ginecologia/obstetrícia onde os utentes são avaliados fora das instalações do SUG. Após o conhecimento dos MCD's, das intervenções de enfermagem, da avaliação pelas especialidades médicas ou pelos clínicos gerais, os utentes poderão ter alta, ficar em vigilância, serem internados, ser transferidos para outras unidades de saúde ou ser declarado o óbito.

A alta poderá ser por indicação médica e de enfermagem, contra parecer médico ou por abandono.

Há possibilidade dos utentes necessitarem de estar em observação durante um determinado tempo, nesta situação ficarão alocados ou na sala de pré-atendimento ou na decisão clínica. Os utentes internados no SUG ficam na sala de Decisão Clínica.

As **transferências** para outras instituições de saúde podem ser urgentes ou programadas e podem refletir o esgotamento dos recursos disponíveis ou a aproximação à área de residência. Os elementos da equipa de transferências,

caso se justifique, asseguram a primeira transferência que possa existir. A segunda e terceira transferência no período da manhã são asseguradas por outros serviços, segundo a Orientação Técnica n.º 1/E/OT. Nos turnos da tarde e noite, a segunda e terceira transferência são sempre asseguradas por elementos do SUG.

O utente com síndrome coronário agudo (SCA) pode necessitar de ser transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, no HDF, através da VVC. Para tal há uma ambulância, um enfermeiro e um médico para realizar a sua transferência.

O óbito é declarado pelo médico, que faz o registo no respetivo processo clínico e informa a família. São efetuados os cuidados ao corpo, segundo a NP de Enfermagem n.º8/XII/E, e este é encaminhado para a casa mortuária.

Estágio na Comissão de Controlo da Infecção

De acordo com as atividades descritas na fase de planeamento, a realização de um estágio na CCI, foi a opção para a melhor compreensão das necessidades dos enfermeiros que iniciam funções no SUG nesta área. Foi também a estratégia adotada para o desenvolvimento da competência que procura maximizar a prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica tal como diz a OE (2010a) no regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

O estágio na CCI decorreu nos dias 13 e 17 de abril de 2012 e teve o objetivo de construir uma súmula com as normas mais significativas no que diz respeito ao controlo dos processos de **Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS)** e que devem integrar o manual de integração de novos enfermeiros no SUG. O estágio decorreu junto da CCI do Hospital X, com a colaboração das Sr.^{as} Enfermeiras que aí desempenham funções. Foram abordadas as situações que se mostraram mais relevantes para a prevenção e controlo das IACS tendo como pano de fundo o serviço de urgência, enquanto porta de entrada da unidade hospitalar.

A Direção Geral de Saúde (DGS) no **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde**, refere as IACS como a *“infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade”* (DGS, 2007, p.4).

As IACS têm uma importância crescente na prestação e gestão de cuidados de saúde, uma vez que têm uma prevalência que oscila entre os 5 e 10% nos países europeus. Estes números devem-se em especial ao aumento da esperança de vida, à disponibilidade de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas e pela utilização de terapêuticas imunossupressoras. Sendo que um terço das infeções adquiridas no contexto dos cuidados de saúde são evitáveis (DGS, 2007).

No âmbito da prevenção das IACS a **higiene das mãos** é uma medida simples e com elevada eficácia, no entanto subvalorizada. Em Portugal, e durante a avaliação diagnóstica da Campanha Nacional de Higiene das Mãos de 2009, foi verificada uma taxa global de adesão à higiene das mãos de 46,2%. (DGS, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2005 lançou o Primeiro Desafio Global para a Segurança do Doente com o lema “Clean Care is Safer Care” com o principal objetivo de melhorar a adesão à higiene das mãos nos cuidados de saúde. Apoiado na evidência científica, a OMS adotou o modelo conceptual dos **“cinco momentos”** que estão indicados para a higiene das mãos, estes são:

- 1) Antes do contacto com o utente;
- 2) Antes de procedimentos limpos/assépticos;
- 3) Após risco de exposição a fluídos orgânicos;
- 4) Após contacto com o utente;
- 5) Após contacto com o ambiente envolvente do utente.

Estas recomendações estão normalizadas para o hospital, através da NP N.º 22/I/S, de 20 de julho de 2011, que será um dos documentos recomendados para análise durante a socialização de novos elementos no SUG, que se encontram disponíveis na intranet da instituição.

A ocorrência de **surtos** é outra das prioridades na atividade da CCI do Hospital X. O surto é um aumento da *“incidência de uma doença, complicação ou isolamento*

de um agente infeccioso, acima dos valores habituais na instituição ou num serviço específico” tal como é indicado na NP n.º 7/I/S, de 3 de agosto de 2011 (2011, p.1). Esta NP apresenta os aspetos indicadores de um surto, a forma de comunicação de um potencial surto à CCI e ainda indica a mesma como responsável pela sua investigação. Caso o surto seja confirmado são apresentadas as medidas gerais para o seu controlo. A NP N.º 7/I/S, de 3 de agosto de 2011, é indicada para consulta através da intranet da instituição.

A NP N.º 10/I/S, de 20 de julho de 2011, aborda o **fardamento assistencial** e tem como objetivo a prevenção da transmissão de microrganismos patogénicos à comunidade, quer intra e extra-hospitalar. Esta NP recomenda a substituição da roupa pela farda após a chegada ao trabalho, a sua substituição antes de abandonar as instalações do hospital e providenciar a limpeza e higienização da farda, referindo ainda a proibição em circular no exterior da instituição com a farda assistencial excetuando alguns casos particulares.

Uma outra temática abordada no estágio da CCI, relaciona-se com a vigilância Epidemiológica (VE) de alguns agentes específicos, cujos mais significativos são: **Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA); Clostridium difficile; Mycobactérium tuberculosis e Acinetobacter baumannii.**

O **MRSA**, é atualmente o microrganismo patogénico multirresistente que mais frequentemente é isolado em hospitais, European Antimicrobial Resistance Surveillance System, (2006, cit. por Peres, 2007).

O relatório de atividades da CCI de 2011, do Hospital X, faz a análise da incidência do MRSA desde 2007, onde é possível verificar uma tendência crescente nos últimos cinco anos. Em 2007 foi verificada uma incidência de 0,22 por cada 1000 dias de internamento, enquanto em 2011 esta taxa passou para 0,43. Houve uma passagem de 42 casos para 67 em 5 anos (CHBA, 2012).

O principal reservatório do MRSA é a região nasal dos humanos, sendo de cerca de 30% na comunidade e de 50% quando se tratam de profissionais de saúde ou de pessoas internadas em instituições de saúde, Cooper *et al.* (2003 cit. por Peres, 2007). Em instituições de saúde a transmissão acontece principalmente de utentes colonizados ou infetados para outros utentes através das mãos dos profissionais de saúde (Peres, 2007).

Tendo em vista o controlo da incidência e prevalência do MRSA, a NP N.º 12/I/S, de 27 de janeiro de 2010, indica as recomendações, para o Hospital X, nomeadamente de VE e de instituição de isolamentos para utentes suspeitos de colonização ou de infeção por MRSA. Esta NP é indicada para consulta através da intranet da instituição no manual de integração.

O **Clostridium difficile** conjuntamente com o MRSA são atualmente nos Estados Unidos da América, os dois grandes responsáveis pelas IACS. No Hospital X e de acordo com o relatório de atividades da CCI, houve em 2011 uma taxa de incidência de 0,12 por cada 1000 dias de internamento, mantendo-se os números relativamente estáveis desde 2009, ano em que foi detetado o primeiro caso (CHBA, 2012).

A transmissão é oro-fecal através dos esporos presentes em superfícies. Os esporos após ingeridos germinam no intestino onde se multiplicam, podendo ter duas evoluções distintas, o equilíbrio com a flora intestinal do portador ou o desenvolvimento de doença com manifestações clínicas que vão desde diarreia, à colite pseudomembranosa ou ao megacólon tóxico (César, 2010).

As estratégias para o controlo do *Clostridium difficile* assumem importância fundamental, a NP N.º 19/I/S, de 3 de agosto de 2011, que estabelece as recomendações para a prevenção e tratamento da transmissão cruzada de *Clostridium difficile*, podemos perceber que é preconizado a instituição de isolamento de contato, sendo que esta NP é indicada para consulta através da intranet da instituição.

A infeção por **Mycobacterium tuberculosis**, teve em Portugal no ano de 2011, uma taxa de incidência de 21 por 100 mil habitantes, mantendo a tendência de diminuição que se verifica desde 2002 (DGS, 2012). O microrganismo é transportado por via aérea, através de partículas, que são produzidas pela tosse, espirros ou fala de pessoas com infeção pulmonar ou laríngea daquele microrganismo. As partículas com dimensões que podem variar entre o 1 e 5 microns, podem permanecer em suspensão durante várias horas, sendo a via aérea a única forma de transmissão. Com o principal objetivo de contribuir para a prevenção da transmissão intra-hospitalar da tuberculose, quer a doentes, trabalhadores ou visitas, a NP N.º 1/I/S, de 27 de janeiro 2010, apresenta recomendações para a prevenção da transmissão do *Mycobacterium tuberculosis*

e também os cuidados no seu tratamento, nomeadamente o isolamento, é recomendada a sua consulta durante o período de integração dos novos profissionais.

As infeções por **Acinetobacter baumannii** têm nos últimos anos apresentado uma relevância crescente, em grande parte pela sua capacidade de desenvolver mecanismos de resistência a diferentes classes de antibióticos, Peleg et al. (2008, cit. por Silveira, 2011) e também pela capacidade de sobreviver por longos períodos em diferentes superfícies e equipamentos hospitalares, em diferentes condições ambientais, potenciando a possibilidade de disseminação nosocomial, Falagas et al. (2006, cit. por Silveira, 2011). Com uma tendência crescente, apresenta uma incidência, em 2011, de 0,21 por cada 1000 dias de internamento (CHBA, 2012).

Neste contexto a CCI elaborou a NP N.º 20/I/S, de 4 de fevereiro de 2009, com as recomendações para a prevenção da transmissão intra-hospitalar de *Acinetobacter baumannii* multirresistente e outros bacilos gram negativos não fermentativos. De entre as medidas preventivas recomendadas conta-se os cuidados com a higiene das mãos, a utilização de equipamento de proteção individual, o cuidado com a limpeza e descontaminação das instalações e a colocação do doente em isolamento de contacto. Durante o período de socialização é recomendada a leitura desta norma que se encontra disponível na intranet da instituição.

O **isolamento** surge pela necessidade de estabelecer barreiras físicas capazes de limitar ou suprimir a transmissão de agentes infecciosos entre utentes, entre estes e os prestadores de cuidados e entre estes e os utentes. Há uma tendência crescente para que utentes com infeções estejam internados em serviços não especializados em patologia infecto-contagiosa, esta situação aumenta o risco de IACS (Administração Regional de Saúde do Algarve, 2008). Assim, a CCI do Hospital X previu a necessidade de serem instauradas medidas para a prevenção da transmissão da infeção tendo em conta as fontes e as vias de transmissão específicas de cada tipo de agente patogénico. Desta forma, foi elaborada a NP N.º 3/I/S, de 21 de dezembro de 2011.

Os isolamentos são classificados de **proteção** ou de **contenção**. O isolamento de proteção é definido como a tentativa de proteger o utente com imunidade

comprometida, de agentes com origem noutros reservatórios; por sua vez o isolamento de contenção, tem como objetivo evitar a transmissão de agentes infecciosos com origem em pessoas infetadas para outros indivíduos. O isolamento de contenção considera os microrganismos que são transmitidos por via aérea, através de gotículas e por contacto, quer este seja direto ou indireto. Pela importância crescente que as IACS têm na prestação de cuidados e a necessidade de as prevenir recomenda-se no programa de socialização a leitura da NP N.º 3/I/S, disponível na intranet do Hospital X.

Os resultados das análises dos produtos biológicos são importantes no estabelecimento do diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas. Mas estes resultados só serão relevantes se as amostras forem de boa qualidade, em quantidade suficiente e com uma colheita adequada (Fonseca et al. 2004). Entre as **colheitas de produtos biológicos** abordadas no Protocolo de Atuação N.º 54 do Hospital X, é dado destaque às **hemoculturas**, definidas como a recolha de sangue venoso, seguida de cultura, tendo em vista a identificação do agente causal de uma infeção. As **uroculturas**, são abordadas na NP N.º 15/I/S, de 21 de outubro de 2009, descrevendo as diferentes formas de colheita de urina. Esta NP e este protocolo de atuação são indicados para leitura dos enfermeiros em integração na equipa do SUG e estão disponíveis na intranet da instituição.

O estágio na CCI permitiu a seleção dos tópicos de maior relevância para os enfermeiros que iniciam as funções. Foram indicadas para consulta as mais importantes normas emitidas, com a finalidade de garantir aos utentes cuidados seguros, tal como é indicado na 74ª competência dos enfermeiros de cuidados gerais “*implementa procedimentos de controlo de infeção*” (OE, 2004, p.22) quando se refere ao ambiente seguro no âmbito da gestão dos cuidados.

No relatório que descreve o estágio na CCI (APÊNDICE X), foram refletidos diversos documentos onde foi possível compreender algumas ferramentas estatísticas que traduzem a monitorização, o registo e a avaliação das medidas implementadas, caso do relatório de atividades da CCI de 2011 do Hospital X.

Análise dos planos de emergência do Hospital X

A análise dos planos de emergência do Hospital X tiveram como foco, o desenvolvimento da competência do Enfermeiro Especialista em Pessoa em

Situação Crítica que, prevê a capacidade de dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência com multi-vítimas, desde a sua conceção à ação (OE, 2010), mas também recolher informação que permita a elaboração de um capítulo sobre esta temática no manual de integração de novos elementos no SUG, pois estes necessitam conhecer a forma de como proceder em situação de emergência, quer interna quer externa. Assim o objetivo desta análise foi a construção de um resumo da informação contida naqueles documentos para sua inclusão no programa de socialização. Como objetivos específicos foram indicados:

- a) conhecer o conceito de catástrofe;
- b) conhecer o plano de emergência interno;
- c) conhecer o plano de emergência externo;
- d) refletir sobre aspetos práticos dos planos de emergência.

Uma **catástrofe**, segundo a OMS, é qualquer acontecimento que cause estragos, destabilização económica, perda de vidas humanas, deterioração da saúde e dos serviços de saúde, a um nível tal, que justifique uma mobilização excecional de auxílio vindo de fora. Este conceito traduz-se num fluxo elevado de vítimas, destruição de ordem material intensa e uma desproporcionalidade entre os meios humanos e materiais de socorro e o número de vítimas (Bandeira, 2008).

Os níveis de gravidade são em Portugal definidos pela Lei de Bases da Proteção Civil, Lei n.º 27/2006 de 3 de Julho, que no seu art.º 3º diz que **acidente grave** “*é um acontecimento inusitado, com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente*” (p.4696). Por sua vez no que diz respeito a **catástrofe**, a mesma Lei define como “*um acidente grave ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido sócio-económico em áreas ou na totalidade do território nacional*” (p.4696). O conceito de **Acidente Catastrófico de Efeitos Limitados** deve também ser tido em conta, sendo este definido por Gandra e referido por Gregório e Pires (2011), como um acidente limitado no tempo (algumas horas), no espaço (confinado ao local onde se desencadeou, ou à sua proximidade) havendo entre 10 e 100 sinistrados.

A possibilidade de eventos adversos motiva o planeamento antevendo a resposta aos mesmos. A Lei N.º 99/2003, de 27 de agosto, o Código do Trabalho, no art.º 273º, na i) refere que as empresas devem:

“Estabelecer, em matéria de primeiros socorros, de combate a incêndios e de evacuação de trabalhadores, as medidas que devem ser adoptadas e (...) assegurar os contactos necessários com as entidades exteriores competentes para realizar aquelas operações e as de emergência médica”.

Também o Regulamento do Código do Trabalho, Lei N.º 35/2004 de 29 de julho, no seu art.º 220º, diz que:

“(...) a empresa ou estabelecimento, qualquer que seja a organização dos serviços de segurança, higiene e saúde no trabalho, deve ter uma estrutura interna que assegure as actividades de primeiros socorros, de combate a incêndios e de evacuação de trabalhadores em situações de perigo grave e iminente”.

O Plano Geral de Segurança do Hospital X foi elaborado com o objetivo fundamental de *“compilar a informação relevante no âmbito dos sistemas de segurança instalados (...), de forma a assegurar a operacionalidade permanente dos mesmos”* (Certitecna, 2011, p.29). Este documento inclui o **Plano de Emergência Interno** (PEI), que apresenta a estrutura organizacional para situações de emergência, indicando os diferentes níveis de responsabilidade dos seus intervenientes. Faz a descrição da resposta a situações de alerta e a forma de ativação do PEI, definindo que este será sempre ativado quando existir necessidade de intervenção de forças de socorro externas, de evacuação de utentes ou em exercícios, indicando as funções de cada um dos intervenientes.

O PEI estabelece as normas de procedimento em caso emergência com início nas instalações do Hospital X, no entanto e enquanto instituição assistencial houve a necessidade de pensar a resposta a situações externas ao hospital, mas que este tem de dar resposta. É neste âmbito que se enquadra o **Plano de Emergência Externo** (PEE), elaborado por Gregório e Pires (2011), este documento aguarda desde de setembro de 2011 aprovação pelo CA, para substituir o anterior plano de 2004, obsoleto pelas obras que decorreram no SUG e que alteraram a estrutura do serviço, no entanto foi a base para os conteúdos que fazem parte do manual de integração de novos profissionais no SUG.

O PEE tem lógica de **all hazard**, este procura dar resposta a qualquer evento, independentemente da tipologia das vítimas, das patologias ou do contexto. Está

concebido para ser ativado sem a presença dos responsáveis sectoriais, permitindo a sua ativação em qualquer momento, segundo o conceito de **hierarquias colapsáveis**. O provável desconhecimento do plano por todos os elementos da equipa levou à necessidade de construção de **cartões de ação** que informam o profissional das ações que tem de desenvolver e as suas prioridades (Gregório & Pires, 2011). O PEE prevê uma resposta por níveis e conforme as necessidades da situação ocorrida. O plano prevê três níveis de alerta: nível 1, **alerta verde**, com um número de vítimas inferior a vinte, sendo a resposta assegurada com os meios permanentemente disponíveis; nível 2, **alerta laranja**, quando há entre vinte e cinquenta vítimas, o hospital consegue responder com os recursos próprios, para situações de exceção; nível 3, **alerta vermelho**, quando há mais do que cinquenta vítimas, a resposta é efetuada com mobilização de recursos externos à instituição.

O PEE pressupõe diversas fases, tem o início na fase de **alerta**, que ocorre com a receção e confirmação do evento adverso, seguido da fase de **alarme** com a reunião do gabinete de crise. A fase de **execução**, com o gabinete de crise a avaliar a dimensão do evento e a colocar em prática o plano ajustado às necessidades. A última fase do plano é o seu **encerramento** que ocorre quando todas as vítimas foram admitidas e que seja exetável poder voltar à laboração normal (Gregório & Pires, 2011).

O plano descreve os riscos prováveis de catástrofe que possam ocorrer na região; os recursos disponíveis, humanos, materiais, a capacidade de resposta do hospital, os meios de comunicação e os meios de transporte. É preconizado a existência de um Gabinete de Crise e de sub-gabinetes, de operações, de informação e comunicação e de logística, com indicação das respetivas funções.

A análise aos planos de emergência evidenciou a existência de dois planos distintos, um para situações que ocorram na instituição e outro para situações externas à instituição. O Plano de Segurança Interno foi consultado junto ao Delegado de Segurança, que permitiu a consulta do único plano existente na forma impressa. Sendo este um documento que entre outras coisas define toda a resposta às emergências internas desde o alerta ou como as evacuações de serviços são efetuadas, deveriam este ter uma divulgação massificada pelos diversos setores da instituição, o que efetivamente não acontece.

Os dois projetos que analisamos poderiam e dever-se-iam articular entre si, aliás podemos perceber que as estruturas criadas para responder às situações de catástrofe são similares, no entanto a lógica do PEE é mais flexível, ao prever que as estruturas hierárquicas podem ficar impossibilitadas de tomar decisões e que qualquer pessoa pode ter que as tomar decisões. Outro aspeto relevante está relacionado com estruturas que um plano prevê sejam utilizadas e outras não, caso da garagem onde o PEI prevê a possibilidade de colocação de doentes e o PEE não. Como lógica de construção, estes planos dever-se-iam complementar, já a emergência interna e externa podem também elas se complementar, nomeadamente se a situação de catástrofe condicionar uma emergência interna e externa em simultâneo. Esta análise permitiu selecionar a informação e a documentação para fazer parte do manual de integração. Neste é colocada a informação de como dar o alarme aquando da ocorrência de um evento adverso nas instalações, de como se processa a evacuação de utentes e funcionários, a caracterização das zonas de concentração e sua localização, com a inclusão das plantas de evacuação em anexo. O trabalho de análise dos planos de emergência foi materializado num documento que se apresenta em anexo (APÊNDICE XI).

A metodologia de projeto prevê que os planos sejam flexíveis e dinâmicos, que se adaptem e orientem ao longo da execução, diz Leite et al. (2001, cit. por Ruivo et. al., 2010), assim foi necessário acrescentar algumas temáticas não previstas no planeamento, caso da **Saúde Ocupacional**, as **Visitas e a Informação Clínica**, a **Gestão de Resíduos**, de alguns aspetos da **Legislação Laboral**.

Saúde Ocupacional

O Serviço de Saúde Ocupacional (SSO) é por definição o órgão promotor das *“condições de trabalho que garantam o mais elevado grau de qualidade de vida no trabalho, protegendo a saúde dos trabalhadores, promovendo o seu bem-estar físico, mental e social e prevenindo a doença e os acidentes”* Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2008, cit. por Oliveira & André, 2010). Uma das principais intervenções do SSO relaciona-se com a gestão dos acidentes em serviço. Estas ocorrências são divididas em dois tipos, aquelas onde há a exposição a material potencialmente contaminado, caso das picadas, cortes ou projeções e aquelas onde tal não acontece, como quedas ou contusões.

São descritos os procedimentos a ter em qualquer destas situações no manual de integração de novos profissionais.

Visitas e informações clínicas

A temática é enquadrada do ponto de vista legal, nomeadamente através da Lei N.º 33/2009, de 14 de Julho, que garante o acompanhamento do utente no serviço de urgência. São também informados os períodos disponíveis para visitas e para a informação médica. É referido que a visita é uma oportunidade para a colheita de informação e para a realização de ensinamentos pertinentes à família ou aos cuidadores.

Gestão de resíduos

Os **resíduos hospitalares**, segundo o art.º 3º, z), do Decreto-Lei n.º 178/2006, de 9 de setembro, são aqueles provenientes de:

“atividades médicas desenvolvidas em unidades de prestação de cuidados de saúde, em actividades de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e investigação, relacionada com seres humanos ou animais, em farmácias, em actividades médico-legais, de ensino e em quaisquer outras que envolvam procedimentos invasivos, tais como acupuntura, piercings e tatuagens”.

Por sua vez o Despacho n.º 242/96, de 13 de agosto, estabelece as normas de gestão e classificação dos resíduos hospitalares, dividindo os resíduos em quatro grupos distintos: grupo I (resíduos equiparados a urbanos); grupo II (resíduos hospitalares não perigosos); grupo III (resíduos hospitalares de risco biológico); grupo IV (resíduos hospitalares específicos).

A classificação, triagem, manipulação, acondicionamento, armazenamento e recolha dos resíduos hospitalares com base nesta legislação encontra-se plasmada na NP N.º 1/IV/H e N.º 2/IV/H que são indicadas para consulta na intranet da instituição.

Legislação laboral

O trabalho é normalizado por legislação, que rege os direitos e deveres dos trabalhadores da instituição. Os temas relacionados com as leis do trabalho que integraram a primeira proposta de manual de integração foram:

- O **horário de trabalho**, onde foi descrito quais as cargas horárias previstas para os diferentes tipos de contrato e a indicação das horas de início e de fim de cada turno. Foi descrita também a política de trocas da instituição;
- A **assiduidade**, definida como a presença no local de trabalho cumprindo um horário previamente estabelecido. Nesta parte foram apresentados os métodos de verificação da assiduidade, as formas de informar e justificar a ausência do trabalhador ao serviço;
- Na secção sobre as **licenças de férias**, foram escritos os dias que cada trabalhador tem direito, a forma de planear o mapa de férias anual do serviço e a forma de formalizar o pedido de férias;
- No espaço reservado a outras licenças foram explicitadas a **comissão gratuita de serviço**, a **licença de casamento**, a **licença parental**, as **faltas por falecimento de familiares**.

Elaboração do plano de integração

O último capítulo do manual aborda o plano de socialização. Nesta parte foram enunciados os objetivos a serem alcançados, geral e específicos. Foi também descrita a metodologia, o horário e as atividades a desenvolver durante as quatro semanas previstas. Para a primeira semana foram previstas tarefas sobretudo burocráticas e de formação. Nas três semanas seguintes o enfermeiro em integração já acompanhado pelo enfermeiro responsável pela socialização, passará sucessivamente pelos diferentes postos de trabalho do SUG, excluindo a SR, que tem um processo diferente. O último aspeto abordado neste capítulo é a avaliação do processo baseada em três dimensões: a autoavaliação do profissional em integração, a avaliação do enfermeiro responsável pela socialização do novo elemento e o parecer da enfermeira-chefe.

A **avaliação** pode ser encarada como o “*processo sistemático de recolha de dados e de análise da concepção, implementação e consequências das acções de formação de formação realizadas numa organização*” Kraiger, Ford e Salas (1993, cit. por Caetano & Velada, 2007). Pelas características do processo, foi escolhida a observação, pois esta permite “*obter dados em todos os domínios do saber*” (IEFP, 1991, p.6). A observação tem como principal vantagem permitir colher os dados no exato momento que estão a ocorrer, da forma mais real e fidedigna. Necessita também da construção de instrumentos que suportem a

avaliação reduzindo a carga de subjetividade (IEFP, 1991). A avaliação foi suportada pela “folha de avaliação final do processo de integração” (APÊNDICE XII), com base em autoavaliação e heteroavaliação dos objetivos em avaliação, sendo este um dos instrumentos que permite à Sr.^a Enfermeira-Chefe emitir o parecer sobre o processo de socialização no serviço. A avaliação prevê a existência de momentos de reflexão no final de cada semana, estes momentos pretendem dar a conhecer os aspetos positivos e os a melhorar na prestação durante cada semana de trabalho, com base na observação do enfermeiro responsável pela integração e pela autoavaliação do enfermeiro em integração, é também previsto um plano de melhoria com o desenvolvimento de estratégias para potenciar os aspetos positivos e para ultrapassar com sucesso as dificuldades (APÊNDICE XIII). A avaliação articula-se com a Lei Geral do Trabalho, que prevê um período experimental com uma dimensão distinta conforme a duração do contrato do profissional, condicionando o tempo de socialização no serviço.

Os protótipos do manual de integração

O documento intitulado de **protótipo I** foi construído segundo a lógica dos temas apresentados na parte anterior. Este documento foi disponibilizado, por correio eletrónico aos quatro chefes de equipa e às duas subchefias do serviço, foi pedido a estes que fizessem uma análise crítica do documento, e que desta resultassem propostas enriquecedoras para o manual de integração de novos enfermeiros no SUG. O protótipo I foi enviado no dia 29 de maio de 2012, o que segundo o cronograma representou um atraso pouco significativo de dois dias. O dia solicitado para a receção das apreciações e das sugestões de alteração foi o dia 3 de junho, no entanto, nessa data apenas havia sido rececionado um documento anotado. Após diversos contactos pessoais, foi possível obter quatro apreciações do protótipo I, isto já no dia 23 de junho de 2012, a partir do qual foi iniciado o trabalho de construir o protótipo II, a esta altura já com duas semanas de atraso face à programação inicial.

As alterações propostas derivaram de um conhecimento aprofundado da realidade, fruto da vivência do quotidiano de trabalho durante largos anos como acontece com os diferentes chefes de equipa do serviço e subchefias. Das sugestões apresentadas resultaram alterações na nomenclatura de alguns

setores da estrutura física e ajustamentos na composição dos recursos humanos. O capítulo sobre a organização do trabalho de enfermagem teve apenas pequenos ajustes de pormenor, mas passou a haver um capítulo sobre a realização de **espólios**.

O espólio é definido como o património, os “*bens que ficam por morte de qualquer pessoa*” (Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira, volume X, 1990, p.303). Nos serviços hospitalares há a necessidade de recolher os bens dos utentes que por alguma razão (por exemplo a alteração do estado de consciência) não tem possibilidade de os ter em sua posse. Esses objetos são divididos pelo Regulamento de Espólios em três tipologias: os valores, que inclui joias, dinheiro, equipamento de telecomunicações e eletrónicos; roupa e os acessórios, onde se incluem capacetes, malas e auxiliares de marcha e próteses como as oculares, dentárias, auditivas entre outras. Foi também descrito a forma de realizar os diferentes espólios e a sua guarda. O Regulamento de Espólios pode ser consultado na intranet da instituição.

Os capítulos que abordam as IACS e os Planos de Emergência tiveram pequenas alterações de conteúdo, nomeadamente relacionadas com correções ortográficas, acontecendo o mesmo com os capítulos sobre as Visitas e Informação Clínica, Gestão de Resíduos e aspetos da Legislação Laboral.

No que diz respeito ao planeamento do período de socialização, houve alteração relativa à primeira semana, os quatro dias destinados ao conhecimentos das normas e das circulares, foram reduzidos para um dia, passando o enfermeiro em processo socialização a acompanhar o enfermeiro responsável a partir do segundo dia e durante duas semanas na área de Atendimento de Adultos, passando pelas salas de ortopedia e pequena cirurgia, as duas semanas posteriores serão passadas na zona de Decisão Clínica, quer com utentes com processo de internamento, quer com utentes com episódio de urgência.

O protótipo I em conjunto com as alterações propostas e aceites formou o **protótipo II**, que foi enviado por correio eletrónico para apreciação pela Sr.^a Enfermeira Orientadora de estágio e pela Sr.^a Professora Orientadora de estágio em 29 de junho de 2012, nesta data o projeto apresentava um desvio de cerca de três semanas face ao projetado.

A apreciação da Sr.^a Enfermeira Orientadora de estágio foi efetuada em reunião, no dia 2 de junho de 2012. Durante a reunião foi validado pela enfermeira orientadora grande parte do conteúdo do manual, como orientação foram indicadas alterações e correções na nomenclatura e descrição de algumas estruturas do SUG, na descrição da distribuição de recursos pelos diversos turnos. A grande discordância estava relacionada com o planeamento do período de socialização e a definição de objetivos para cada um dos locais de estágio de acordo com os objetivos específicos delineados.

Esta mudança reflete a necessária adaptação do planeamento às necessidades do serviço, assim na primeira semana a integração decorre na zona de Atendimento de Adultos, a segunda e terceira semana a integração decorre na área de Decisão Clínica a prestar cuidados aos utentes que se encontram com episódio de urgência e finalmente a última semana é passada no mesmo espaço mas a prestar cuidados aos utentes que se encontrem com processo de internamento. Houve também a necessidade de ajustar a formulação das atividades a desenvolver em cada uma das semanas consoante objetivos específicos para cada um dos postos de trabalho. Esta estratégia visa objetivar a avaliação de forma a diminuir a sua subjetividade, sendo alcançada pela divisão dos objetivos a alcançar em atividades mensuráveis.

O protótipo II associado às alterações propostas pela Sr.^a Enfermeira Orientadora do estágio levou à produção do **protótipo III** que foi analisado pela Sr.^a Professora Orientadora.

A discussão da análise do protótipo III pela Sr.^a Professora Orientadora decorreu em reunião no dia 5 de junho de 2012. Durante esta reunião foram propostas alterações na estrutura da capa do trabalho adaptando o trabalho ao contexto da instituição. Foi também reduzida a dimensão do índice com um reajustamento dos conteúdos. Houve a necessidade de reestruturar a introdução alterando a contextualização do tema da socialização organizacional do trabalhador na empresa.

A análise da proposta do processo de socialização organizacional, enquanto processo aplicado à prática concreta, permitiu perceber a necessidade de uma melhor definição da estrutura proposta. Assim foi efetuada uma reestruturação do processo de integração, sendo que este passou a ser definido como **programa**

de integração. Programa é definido pela Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira (1990a), como o “*delineamento geral dos diversos pontos metodicamente dispostos que se vão tratar na elaboração de um trabalho*” (volume XXIII, p.377). É o elemento mais lato de toda a organização estrutural do processo de socialização de novos elementos, integrando todos os aspetos do início de funções dos enfermeiros no SUG, incluindo o manual de integração e o guia de integração.

O programa de socialização assenta no **manual de integração**. Manual é definido como um “*livro pequeno que resume uma ou mais matérias*” (Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira, volume XVI, 1990b, p.154). O programa de integração é materializado neste documento, que pretende ser um instrumento facilitador que contextualiza, orienta e descreve o período de integração de novos enfermeiros na equipa e que de uma forma sintética, proporciona conhecimento real do SUG do Hospital X, no que diz respeito aos recursos existentes, da forma como o trabalho é realizado e apresenta as atividades e os objetivos previstos para esse tempo.

Incluso no manual está o **guia de integração**. Guia é definido como um “*conjunto de regras, conselhos para determinados casos e assuntos*” (Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira, volume XII, 1990c, p.871-872). Este documento planeia as atividades a serem desenvolvidas durante o programa de integração, descreve os diversos aspetos práticos, nomeadamente o tipo de acompanhamento, o local de prestação de cuidados, os objetivos e atividades a serem desenvolvidas em cada fase e fornece o suporte para avaliação de todo o programa.

Na contextualização da instituição foi efetuada a sua caracterização com indicação da localização, da missão e dos princípios. Relativamente ao serviço foi indicado qual o nível assistencial, a visão e os valores. O segundo capítulo passou a ser a estrutura física do serviço, trocando a ordem com os recursos humanos que passou a ser o terceiro capítulo, esta alteração resulta do consenso que são os recursos humanos que se adaptam à estrutura física e não ao contrário. Houve também o aprofundamento dos conceitos da metodologia de trabalho, nomeadamente da metodologia de trabalho de enfermagem individual e da de trabalho em equipa.

O programa de socialização foi então estabelecido com a duração de quatro semanas. Foi definido como objetivo geral: **Permitir a mais rápida, eficaz e organizada adaptação do novo elemento ao serviço de urgência geral do Hospital X, EPE.**

Como objetivos específicos foram definidos:

- Conhecer a estrutura física do serviço;
- Conhecer os recursos humanos e materiais do serviço;
- Conhecer os procedimentos burocráticos associados à prestação de cuidados;
- Compreender o circuito do utente no serviço de urgência;
- Saber o papel a desempenhar em situação de urgência;
- Utilizar os sistemas informáticos que apoiam a prestação de cuidados.

Após a indicação dos objetivos, o manual informa a metodologia preconizada, define as tarefas do enfermeiro-chefe do serviço, define o perfil do enfermeiro responsável pela integração e as suas responsabilidades no processo de socialização. São indicadas todas as atividades que os enfermeiros em integração têm que cumprir, com indicação da duração prevista, do local da sua realização e os objetivos e as atividades que visam a sua concretização. O guia de integração (APÊNDICE XIV) descreve todos estes aspetos e serve de orientação para o período de integração e para a avaliação.

As alterações fruto da reflexão crítica pela Sr.^a Professora Orientadora, traduziram-se na produção do documento final, **o manual de integração no Serviço de Urgência Geral do Hospital X** (APÊNDICE XV).

Após a conclusão da elaboração do programa de socialização de novos enfermeiros no SUG, foi necessário cumprir o segundo objetivo proposto no planeamento do projeto, o de **divulgar o guia de integração de novos profissionais no Serviço de Urgência da Geral do Hospital X**. O reajustamento deste objetivo esteve em linha as alterações que a conceção do projeto teve durante o seu desenvolvimento, assim houve a necessidade de adaptar o objetivo para **divulgar o programa de socialização de novos profissionais no Serviço de Urgência da Geral do Hospital X**.

A divulgação do programa de integração

A divulgação é a parte final do próprio projeto, associada neste caso a ser também o momento de avaliação do mesmo. Para tal, foi perspectivada uma sessão pública com a finalidade de: informar os pares do SUG dos objetivos do projeto; justificar a necessidade da existência de um programa de socialização estruturado; apresentar os diferentes aspetos necessários ao conhecimento do SUG; dar a conhecer o plano de socialização e a sua avaliação.

Foi efetuado o planeamento da sessão de apresentação pública do programa de socialização. O **planeamento da formação** é definido como o processo que organiza, sistematiza e prevê diversos aspetos, com a finalidade de garantir a eficiência e a eficácia de uma sessão de formação; deverá revelar as intenções e a intencionalidade do que se deseja realizar e o que se pretende alcançar (Leal, 2005). O planeamento (APÊNDICE XVI) proporcionou informação sobre os objetivos, os conteúdos e a forma de como os apresentar, os recursos necessários à sua consumação, o tempo despendido em cada parte e a avaliação. A sessão pública foi planeada com a duração de noventa minutos e decorreu no dia 4 de julho, no auditório do Hospital X, com início às 16 horas. A sessão foi incluída no programa de formação em serviço do SUG para o ano de 2012. Houve divulgação prévia com duas semanas de antecedência com cartazes (ANEXO III) colocados nos locais habituais de informação.

Para a sessão pública foi construído uma apresentação em power point com a finalidade de organizar os conteúdos, expor e ordenar os assuntos, de ilustrar o discurso, tornar a sessão mais dinâmica e interativa e promover a associação de ideias (Panucci-Filho, Santos & Almeida, 2011). A apresentação com cinquenta e um slides, apresenta os objetivos, reflete a necessidade de um programa de socialização através da apresentação dos instrumentos de diagnóstico utilizados, apresenta diversos aspetos que caracterizam o funcionamento do serviço de urgência e apresenta o plano de integração (APÊNDICE XVII).

Na sessão pública estiveram presentes treze enfermeiros. Aos quais no final foi pedido para preencher um **questionário de avaliação** da sessão. O inquérito foi construído com base nas escalas de Likert que procura avaliar o nível de concordância de um indivíduo face a uma proposição que expressa algo que pode ser considerado favorável ou desfavorável (Cunha, 2007). O número de itens

escolhidos passíveis de resposta foi de cinco, o considerado adequado, reconhecendo-se que o aumento do número de possibilidades de resposta, aumenta a dispersão dos dados, dificultando a análise das respostas (Ruivo et al., 2010). Os graus de concordância foram de **muito insuficiente, insuficiente, suficiente, bom e muito bom**. Para efeito da avaliação da formação estas respostas foram respetivamente classificadas com 1, 2, 3, 4, 5. O nível de concordância que se pretende medir, resulta do cálculo da média, do nível selecionado para cada questão (Cunha, 2007). O inquérito foi construído com base em nove preposições: foi procurado conhecer a opinião sobre a metodologia de formação; a qualidade dos suportes informáticos; o tempo de duração; sobre a especificação dos objetivos a alcançar; se foi justificada a necessidade de desenvolver um programa de socialização de novos elementos no SUG; se foi demonstrada a forma de construção do programa de socialização de novos elementos no SUG; se o programa de socialização foi apresentado de forma clara; se a informação foi transmitida de forma clara e se houve a capacidade de motivar o grupo (APÊNDICE XVIII). Foi possível então saber que a média das respostas foi classificada de 4.3, o que indica uma classificação de **bom**.

Para além da resposta ao inquérito, destinado à avaliação da sessão formativa, houve no final a abertura a questões por parte dos presentes. As questões colocadas foram dirigidas ao planeamento do programa de socialização , mais concretamente à sua duração. Houve um grupo de esteve de acordo com a duração de quatro semanas, enquanto houve outras pessoas que defenderam oito semanas como a duração mais adequada. Em defesa das quatro semanas, foi referido que:

- As quatro semanas, permitiam que o elemento em integração percorresse todos os postos de trabalho, mantendo-se pelo menos uma semana em cada posto de trabalho;
- O período experimental previsto pela Lei Nº 99/03, de 27 de agosto, para os contratos a termo com a duração igual ou superior a seis meses é de trinta dias o que é sensivelmente coincidente com os vinte e oito dias previstos para as quatro semanas, permitindo uma resposta a este aspeto legal em tempo útil;

- Os aspetos económicos, não são de desprezar, já que é defendida a colocação deste elemento como supranumerário, gerando um acréscimo de custos para o serviço e para instituição;
- O contraste com a situação à data da execução do projeto, onde pelas entrevistas efetuadas, foi-nos possível concluir que os processos de integração não eram cumpridos na totalidade ou não existiam mesmo.

2.1.5. A avaliação

A avaliação é o momento de questionar o trabalho desenvolvido (Ruivo et al., 2010). A avaliação deve ser permanente ao longo do projeto, **contínua**, permitindo a retroalimentação do próprio projeto “*com vista a facilitar a redefinição da análise da situação, a reelaboração dos objectivos, acção e selecção dos meios, bem como a análise dos resultados*” Carvalho et al., 2001 (cit. por Ruivo et al., 2010). Este projeto passou por vários momentos de avaliação e de reestruturação, que foram mais ou menos profundos. A estes momentos de reflexão sobre o trabalho realizado e que perspetivam o trabalho futuro, são chamados por Castro et al., (1993, cit. por Ruivo et al., 2010) de avaliação intermédia ou de depuração. Foram nestes momentos de avaliação que surgiram as críticas ao trabalho já realizado e efetuados os ajustes entendidos como necessários para o desenvolvimento do projeto.

A fase mais crítica do projeto surgiu aquando da análise do protótipo III pela Sr.^a Professora Orientadora, onde a reflexão levou à necessidade de estruturar e clarificar o trabalho, tendo em consideração que o guia de integração não respondia por si só, a todo um processo de integração de novos profissionais no serviço. Numa fase do projeto onde grande parte do plano já tinha sido executada, esta necessidade de reestruturar o projeto surgiu como um contratempo, um atraso, um obstáculo a ser ultrapassado. Mas abriu também algumas oportunidades. Houve a necessidade de compreender que o trabalho realizado até então, não só era necessário, como era o alicerce para as modificações que se perspetivavam. Foi necessário aceitar que o guia de integração, não seria a materialização do projeto, mas faria sim parte de um documento mais alargado, o manual de integração, que seria a materialização do programa de socialização preconizado para ao serviço. O guia, por sua vez

passaria a fazer parte do manual, como documento de trabalho conciso e prático indicando os objetivos a alcançar com as atividades propostas para o programa de socialização no SUG.

Da análise do cumprimento dos objetivos específicos propostos podemos concluir que foram alcançados e mesmo ultrapassados. O primeiro objetivo específico delineado indicava a necessidade de produzir um guia de integração de novos profissionais no SUG do Hospital X. Podemos afirmar que este objetivo foi alargado para um programa de socialização, materializado num manual de integração onde está incluído o guia de integração.

A divulgação do guia de integração foi o segundo objetivo delineado, passando a ser alargado para a divulgação do programa de socialização. Esta divulgação materializada numa sessão pública, decorreu na data prevista, cumprindo os objetivo para ela propostos e abrindo alguma reflexão e discussão sobre o tema da socialização em serviços de urgência.

Após a apresentação do projeto à população alvo, em sessão pública, houve o tornar físico o que até agora se tinha mantido numa dimensão virtual no domínio informático. Assim, o manual de integração no Serviço de Urgência Geral do Hospital X, foi impresso e colocado em folhas separadoras em conjunto com todos os apêndices e anexos. Este foi entregue à Sr.^a Enfermeira-Chefe do Serviço de Urgência, para que a proposta se pudesse transformar em objeto de trabalho do serviço e da instituição. Este é o passo que finaliza este trabalho e dá cumprimento ao objetivo geral de melhorar a socialização de novos elementos no SUG. Este projeto abre portas e perspectiva a utilização deste documento enquanto ferramenta de trabalho da instituição para melhorar, no entanto, este fica dependente da vontade dos órgãos de gestão do serviço e da instituição para a sua colocação em prática.

2.2. O PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA

O PAC decorreu em simultâneo com o PIS, havendo no entanto um planeamento das horas dedicadas a cada um dos projetos. Todo o estágio decorreu nas instalações do SUG do Hospital X, no entanto para a dimensão PAC, as horas a

ele destinadas foram passadas na prestação de cuidados na SR do SUG do Hospital X, onde são admitidos os doentes em situação crítica.

A pessoa em situação crítica é definida como aquela cuja vida está ameaçada pela falência ou pela eminente falência de pelo menos uma das funções vitais, dependendo a sua vida dos meios que permitam a vigiar, monitorizar e implementar a terapêutica adequada (OE, 2010a). A prestação de cuidados a este tipo de utentes implica a implementação de *“cuidados altamente qualificados, prestados de forma continua (...) como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação total”* (OE, 2010a, p.1). O mesmo documento refere que para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica é necessário a *“observação, colheita e procura continua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, prever e detectar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil”* (OE, 2010a, p.1). Das três competências descritas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, as duas que indicam a resposta a situações de emergência e a intervenção na prevenção e controlo da infeção foram já abordadas no PIS. A competência que orienta para o cuidar a pessoa que vivência os processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica foram desenvolvidos através do PAC. Tendo por fundo esta competência foram planeados durante os estágios I e II dois objetivos. Com o primeiro pretendíamos **“prestar cuidados a doentes críticos com patologia médica”** e com o segundo teve-se a intenção de **“prestar de cuidados a doentes críticos vítimas de trauma”** de acordo com o planeamento efetuado (APÊNDICE XIX).

Com a intenção de consubstanciar o trabalho efetuado durante o tempo da dimensão PAC, foram previstas algumas atividades e estratégias visando o alcance dos objetivos e propostos indicadores para avaliação do trabalho efetuado. Assim, tendo como base o objetivo enunciado como **“prestar de cuidados a doentes críticos com patologia médica”** foi enunciada a própria **prestação de cuidados** junto utentes em situação crítica e a elaboração deste **relatório** como indicador de avaliação do trabalho realizado durante os dias de

permanecia no serviço. Para além deste, foi também proposta a construção de um **dossiê temático** que refletisse sobre as complicações agudas da diabetes. Para o objetivo enunciado como “prestar cuidados a doentes críticos vítimas de trauma” deveria ser materializado através da própria **prestação de cuidados** a utentes admitidos para a SR em resultado situações do foro da traumatologia que seria descrito com a elaboração deste relatório. Para além deste relatório, foi também proposto a elaboração de um **estudo de caso** sobre o atendimento que tivesse ocorrido durante o tempo de presença do estudante na SR.

A Sala de Reanimação

A SR é o local destinado ao atendimento de utentes em risco de vida (Silva, 2009). No Hospital X esta sala tem acesso direto do exterior, está equipada com dois pontos de atendimento de utentes e tem a possibilidade de receber um terceiro. Estes dois pontos estão equipados com material de:

- Suporte avançado de vida, permitindo a monitorização das funções vitais, do ritmo cardíaco em permanência e desfibrilhação;
- Material para permeabilização e manutenção da via aérea com a possibilidade de ventilação mecânica invasiva e não invasiva;
- Zona de armazenagem e preparação de fármacos;
- Dispositivos automáticos de administração de fármacos;
- Zona de acondicionamento de material de consumo clínico, existindo kit's específicos para situações de atendimento específicas, como queimados e partos, entre outros;
- *Kits* com material destinado a técnicas como a entubação nasogástrica, cateterismo vesical, colocação de cateter central entre outras;
- Material de imobilização e mobilização de vítimas de trauma;
- Terminais de computador, que permitem os registos médicos e de enfermagem, solicitação de exames complementares de diagnóstico e a sua visualização;
- Telefone para contato com o exterior;
- Quadros de parede para registo de informações clínicas e procedimentos;

- 2 Macas.

A SR tem um enfermeiro indicado em plano de trabalho em cada turno, podendo ser apoiado pelo enfermeiro indicado para o posto de trabalho da VVC. Entre as 8.00 e as 20.00 horas conta com um médico em presença física, responsável pelos doentes que são admitidos e tem o apoio das especialidades disponíveis de acordo com a situação clínica dos utentes; nas restantes horas do dia, são os médicos especialistas em Medicina Interna que são os responsáveis pelo atendimento na SR, solicitando o apoio de outras especialidades quando necessário. Existe ainda apoio de um assistente operacional, colocado neste posto em plano de trabalho. O funcionamento da SR poderá justificar a presença de outros técnicos, nomeadamente cardiopneumologista, técnico de radiologia ou de outros profissionais.

O enfermeiro cujo posto de trabalho é a SR, é responsável pela operacionalidade da mesma, sendo que no princípio de cada turno deverá ser efetuada a verificação do material e a sua funcionalidade através de check-list.

A admissão para esta sala é efetuada após:

- Contato dos serviços de emergência médica pré-hospitalar, através do Centro Orientador de Doentes Urgentes (CODU) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), efetuado por via telefónica;
- Contato do SUB, para utentes com critérios de gravidade, que foram discutidos entre os médicos do serviço recetor e do serviço emissor;
- A triagem de Manchester, onde foram detetados sinais de gravidade, que foram apresentados ao médico responsável e por este aceite;
- Após a observação médica pelo clínico geral com aceitação pelo médico responsável;
- Agravamento da situação clínica de utentes nos serviços de internamento que necessite de cuidados mais diferenciados não disponíveis noutros serviços e com aceitação pelo responsável pela sala.

Após a prestação de cuidados nesta sala, os utentes podem ser transferidos para unidades de internamento, para outras unidades de saúde ou existir o óbito do utente.

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica

Durante o tempo de estágio na SR do SUG do Hospital, as situações clínicas mais frequentes foram as doenças Cérebro-Cardiovasculares, situação que se encontra de acordo com os números da mortalidade e da hospitalização, na Europa e em Portugal para ambos os sexos (DGS, 2012a), (Macedo, Santos, Rocha & Perdigão, 2008). Estas são constituídas essencialmente pelos **Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC)** e as **Doenças Isquémicas do Coração** (Direção Regional de Saúde dos Açores, s.d.) durante o tempo de estágio foram sete as situações de AVC que foram assistidas na SR.

Utentes com Acidente Vascular Cerebral

O **AVC** é definido pela European Stroke Initiative (EUSI, 2003) como um défice neurológico de início súbito motivado por isquemia ou hemorragia no sistema nervoso central.

O **AVC isquémico**, segundo a EUSI (2003), tem como etiologias mais comuns:

- Lesões ateroscleróticas e aterotrombóticas das artérias cervicais extracranianas e das grandes artérias cerebrais da base do crânio;
- Embolismo de origem arterial de lesões aterotrombóticas causadoras de oclusão de vasos intracranianos;
- Focos embólicos com origem sistémica, como próteses valvulares, fibrilação auricular, trombos cardíacos, entre outros;
- Lipohialinólise dos pequenos vasos cerebrais, levando a lesões lacunares microangiopáticas.

A oclusão ou hipoperfusão de um vaso cerebral, causado pelos mecanismos antes descritos, leva à suspensão do fluxo sanguíneo provocando em poucos minutos a morte dos neurónios no centro da zona enfartada. Na área que circunda este centro, encontra-se a chamada zona de penumbra isquémica, contém tecido cerebral afetado, mas viável, sendo irrigado por sangue com origem em vasos colaterais. Os sinais e sintomas do AVC variam conforme o território cerebral afetado. No entanto, diz a EUSI (2003), alguns sinais são característicos, como:

- Diminuição de força e/ou sensibilidade de um membro;

- Afasia, apraxia, disartria;
- Hemianópsia parcial ou completa;
- Alteração da consciência e confusão;
- Diplopia, vertigem, nistagmo, ataxia.

O melhor tratamento para o AVC, está subjacente à ideia de que “**tempo é cérebro**” dando ênfase à necessidade da população reconhecer sinais e sintomas, de acionar o sistema de emergência médica, que estes o reconheçam e façam o transporte para um hospital com unidade de AVC. A escala de Cincinatti é um indicador rápido que avalia a existência de assimetria da face, a manutenção da força nos membros superiores e alterações na fala, sendo que qualquer alteração é interpretada como possível AVC (Hospital Sírio-libanês, 2011). A triagem prevê a utilização do sistema FAST (F- face; A – Arm; S – Speech; T – Time) com base na escala de Cincinatti, associa a informação do tempo de início da sintomatologia e a existência de *deficits* anteriores, esta informação permite determinar três níveis de prioridade:

- **Prioridade I** - utente com *deficit* motor com evolução inferior a 3 horas, com menos de oitenta anos e previamente autónomo;
- **Prioridade II** – utente com *deficit* motor com evolução inferior a 3 horas, com mais de oitenta anos ou com *deficit* motor ao acordar e previamente autónomo;
- **Prioridade III** – para utentes com *deficit* motor com evolução de pelo menos 24 horas.

A cada uma destas prioridades é dado um encaminhamento diferente. Na prioridade I, deve a observação médica ser imediata. Nestes casos o médico deverá realizar uma avaliação neurológica e encaminhar o utente para Tomografia Computorizada (TC). Este exame de imagem permite diferenciar o AVC isquémico do hemorrágico, possibilitando aos primeiros a implementação de terapêutica por trombólise intravenosa (ESO, 2008).

A intervenção de enfermagem deverá garantir a permeabilidade da via aérea e a função respiratória. Não existe evidência do benefício de administração de oxigénio, a todos os utentes com AVC em fase aguda, sendo que este é importante no tratamento da hipoxia naqueles com AVC extensos, na presença de

convulsões ou com complicações como pneumonia, insuficiência cardíaca, embolia pulmonar ou Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) (ESO, 2008).

As alterações do ritmo cardíaco são frequentes após um AVC, caso da Fibrilação Auricular (FA), da mesma forma que são reconhecidas complicações como a insuficiência cardíaca ou o enfarte do agudo do miocárdio. Assim, deve haver uma monitorização cardíaca contínua e a realização de Eletrocardiograma (ECG). Deve ser alcançada a otimização do débito cardíaco com a manutenção de uma frequência cardíaca normal e de uma pressão arterial normal elevada. Diz a ESO (2008), que os utentes com AVC com valores de pressão arterial mais elevados e mais valores mais baixos, têm maior probabilidade de deterioração neurológica e pior prognóstico. Não é frequente a pressão baixa ou normal baixa na instalação do AVC e geralmente surge associada a patologia cardíaca, hipovolémia ou sépsis. Esta pode ser aumentada com soluções de cristaloides, não havendo estudo que apontem para o benefício da administração de inotrópicos. Para as pessoas com pressão elevada, alguns estudos recomendam a redução cautelosa da pressão arterial quando esta ultrapassa os 220 mmHg de sistólica e os 120 mmHg de diastólica, no entanto há estudos que indicam apenas a sua redução quando em presença de insuficiência cardíaca grave, insuficiência renal aguda, dissecção do arco aórtico ou hipertensão maligna. Em pessoas submetidas a terapêutica trombolítica, os valores de pressão arterial sistólica devem-se manter inferiores a 185 mmHg (ESO, 2008).

A glicemia é outro dos aspetos a controlar, esta deverá manter-se com valores inferiores a 180 mg/dl e superiores a 50 mg/dl (ESO, 2008). A temperatura corporal também deverá ser controlada pois a sua elevação está associada a um aumento da extensão do enfarte e a um pior prognóstico. A procura de um potencial foco infeccioso, o seu tratamento e o controlo quando temperatura for superior a 37.5°C com antipirético são as recomendações da ESO (2008).

A terapêutica trombolítica administrada até três horas após o início da sintomatologia, melhora significativamente o prognóstico de utentes com AVC isquémico agudo, havendo estudos que apontam benefícios até às quatro horas e meia. Os resultados são melhores quanto mais precoce for administração do fibrinolítico. A terapêutica fibrinolítica, utilizada no Hospital X é a rtPA que tem como principal risco a hemorragia intracerebral que aumenta para os utentes com:

hiperglicemia, diabetes, tempo prolongado até ao início do tratamento, idade avançada, toma antecipada de ácido acetilsalicílico, entre outras (ESO, 2008).

O edema cerebral é a principal causa de deterioração precoce e de morte em utentes com enfartes extensos. Os cuidados passam pela elevação da cabeça a 30°, evitar a estimulação dolorosa, manter a oxigenação e manter a apirexia, a terapêutica passa pela administração de manitol ou glicerol e por evitar soluções com glicose (ESO, 2008).

As complicações mais frequentemente referenciadas e as quais deverão ser alvo de especial atenção, segundo a ESO (2008), são:

- **Pneumonia** – essencialmente por aspiração em utentes com alteração do estado da consciência e/ou disfagia. É recomendado a suspensão da alimentação oral até o utente demonstrar capacidade de deglutir pequenas quantidades de água ou tosse eficaz;
- **Trombose venosa profunda e embolia pulmonar** – evitado através da mobilização precoce e da hidratação;
- **Úlceras de pressão** – evitado através da mobilização frequente, a manutenção de um correto estado nutricional e hidratação da pele e a utilização de colchões com alternância da pressão em utentes de risco;
- **Convulsões** – tratamento com fármacos anti-epiléticos durante as crises convulsivas, não havendo evidência de benefício no tratamento profilático.

O **AVC hemorrágico** representa cerca de 10 a 20% da totalidade dos AVC, os fatores mais determinantes são: a hipertensão arterial não controlada, a angiopatia amiloide e o tabagismo. O AVC hemorrágico apresenta uma sintomatologia semelhante ao isquémico, sendo neste mais frequente a cefaleia e o vômito, no entanto o diagnóstico diferencial é efetuado por exame de imagem. O AVC hemorrágico apresenta um pior prognóstico, sendo este mais evidente quanto maior a hemorragia, a diminuição do estado de consciência, a presença de hemorragia intraventricular e a idade avançada (Pontes-Neto et al., 2009).

Não existe tratamento específico para o AVC hemorrágico, sendo a abordagem similar à do utente com AVC isquémico, excetuando a possibilidade de administração do fibrinolítico. O tratamento da hipertensão arterial pode ser mais agressivo quando comparado com o AVC isquémico e tem o objetivo de evitar a

expansão do hematoma. No entanto a diminuição excessiva pode conduzir à diminuição da perfusão cerebral, deve o tratamento ser adequado a cada utente, no entanto e segundo a evidência disponível, é aconselhado o tratamento para a pressão arterial sistólica acima de 180 mmHg e de pressão arterial média acima de 130 mmHg, através de β -bloqueantes, inibidores dos canais de cálcio ou de inibidores da enzima de conversão da angiotensina I em angiotensina II. O tratamento cirúrgico não apresenta consenso, havendo divergências nas indicações segundo diferentes centros. Os que mais beneficiam com a cirurgia precoce são os jovens com hematomas lobares volumosos situados até 1 cm da superfície do córtex cerebral e aqueles com hemorragia cerebelar com volume superior a 3 cm, deterioração neurológica, sinais de herniação, compressão do tronco encefálico ou hidrocefalia (Pontes-Neto et al., 2009).

Dos sete utentes admitidos com AVC na SR quatro deles eram hemorrágicos e três isquémicos. Dos isquémicos, para apenas um foi ativada a via verde AVC, pois os outros dois já tinham passado a janela de tempo para a fibrinólise. Aquele que se enquadrava na via verde AVC foi transferido para a unidade AVC mais próxima que dista 80 Km. Dos doentes com AVC hemorrágico, houve um que necessitou de ventilação mecânica pela alteração do estado de consciência (Glasgow de quatro) e foi transferido para a unidade de neurocirurgia da região. Os outros três utentes foram admitidos na unidade de cuidados de intermédios pela dimensão reduzida da hemorragia e pela falta de indicação de intervenção pela neurocirurgia.

Utente com Síndromes Coronárias Agudas

O segundo diagnóstico mais frequente nos utentes admitidos na SR, durante o estágio, foram as **Síndromes Coronárias Agudas (SCA)** com a prestação de cuidados a cinco utentes.

A redução do fluxo sanguíneo de uma artéria coronária devido ao espessamento da parede arterial ocorre pelo processo reestruturação de uma placa de ateroma vulnerável. Este espessamento que pode ser parcial ou total e a sintomatologia associada a esta diminuição do fluxo é denominado de SCA, que engloba o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e a angina instável (Pinto, 2010).

A sintomatologia típica de doença coronária é uma dor torácica que irradia para o membro superior esquerdo, no entanto a irradiação pode atingir desde a região acima do umbigo até à mandíbula e membros superiores. A dor é geralmente descrita como opressão, peso, ardor ou mal-estar não definido. A dor da angina instável está geralmente associada ao esforço físico e é limitada no tempo. A dor do EAM é prolongada no tempo, não aliviando com o repouso ou com a utilização de nitratos. A dor pode ser acompanhada por dispneia, tonturas, sudorese, cansaço, náuseas e síncope. Para além das apresentações típicas, a SCA pode-se apresentar com formas atípicas, nomeadamente quando surge associada à diabetes na forma de uma isquemia cardíaca silenciosa (Pinto, 2010).

O diagnóstico do SCA é efetuado com base em três vetores, a anamnese, a exploração física e o ECG. A anamnese avalia as características da dor, os fatores de risco cardiovascular (hipertensão arterial, homens com mais de 55 anos e mulheres com mais de 65 anos, dislipidemia, tabagismo, sedentarismo, entre outras), causas cardíacas (fibrilhação auricular, valvulopatias, pericardites entre outras), causas extra-cardíacas (anemia ou transtornos metabólicos, entre outros). A exploração física com a avaliação dos sinais vitais, auscultação cardíaca e pulmonar. Perante sintomatologia suspeita deverá ser efetuado de imediato um ECG que pode apresentar como alterações sugestivas a: elevação do segmento ST, infra-desnívelamento do segmento ST, inversão da onda T, a existência de ondas Q, ou a existência de bloqueio complexo de ramo esquerdo (Ruiz, Vázquez, & Corzo, 2011).

O EAM com elevação do segmento ST tem indicação para angioplastia primária, devendo esta ocorrer até 120 minutos após o início da sintomatologia (Marques et al., 2012). Para tal deverá ser ativada a VVC, sistema que permite a colocação do utente da forma mais rápida e segura na unidade de cardiologia mais próxima com capacidade para realizar angioplastia. Diz Ruiz, Vázquez, e Corzo (2011) que durante a permanência do utente na SR é necessário:

- Tranquilizar o utente e manter repouso;
- Monitorizar os sinais vitais e ritmo cardíaco de forma contínua;
- Administrar oxigénio, na presença de dificuldade respiratória, ou se a saturação periférica for inferior a 94%;

- Permeabilizar veia periférica à esquerda, para disponibilizar membro superior direito para cateterismo;
- Administrar 300 mg de ácido acetilsalicílico;
- Administração de nitratos, tendo em consideração os valores da tensão arterial e de morfina se não houver contra-indicação;
- Vigiar a presença de arritmias e seu tratamento;
- Disponibilizar material para responder a um agravamento da situação, com capacidade de iniciar suporte avançado de vida.

Os utentes com SCA sem elevação do segmento ST, mas com marcadores cardíacos elevados deverão ser enviados para angioplastia urgente, o mesmo acontecendo se angina persistente com ou sem alteração do ST, sintomas clínicos de insuficiência cardíaca ou a presença de arritmias persistentes. Para aqueles que apresentam, alterações no ECG na onda T, diabetes, função renal alterada, o volume de ejeção ventricular <40%, cateterismo anterior ou cirurgia de revascularização prévia deve ser previsto, angioplastia até às 72 horas. Deverá ser estratificado o risco através de escalas, como a escala de GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events) este método avalia parâmetros como a idade, os valores da pressão arterial sistólica, a frequência cardíaca, a classificação de Killips, os valores da creatinina e a presença de fatores de risco como a existência de paragem cardíaca ou as enzimas cardíacas elevadas (ANEXO IV). Deverá ser implementado tratamento, com antitrombóticos, anti-agregantes plaquetários, nitratos e estatinas.

Dos utentes admitidos para a SR com SCA, todos foram transferidos para a unidade hospitalar com sala de hemodinâmica da região a cerca de 80 km. Foi ativada a VVC, cujo procedimento interno implica a mobilização da ambulância, motorista, do enfermeiro cujo posto de trabalho é identificado para realizar estas transferências e um dos clínicos gerais. Os utentes são transferidos após contato com a unidade recetora e da sua aceitação por aqueles, após transmissão do ECG por fax.

Utentes com Disritmias Cardíacas

Para além destes utentes recebidos durante o estágio na SR que foram anteriormente apresentados, foram também cuidados alguns com arritmias cardíacas. Nomeadamente três com taquiarritmias que se deslocaram à SR para realizarem cardioversão elétrica. Foram duas mulheres e um homem que estiveram na sala durante aproximadamente duas horas cada, onde foi efetuada a preparação, a cardioversão e cuidados posteriores ao procedimento. Todos estes utentes foram posteriormente transferidos para a área de Decisão Clínica onde ficaram em observação até à alta.

Foram prestados cuidados a um utente com bradiarritmia, transportado pela VMER da instituição, esta foi ativada para um homem de 65 anos com alteração do estado de consciência. Após a avaliação foi detetada uma bradicardia severa, com repercussão hemodinâmica, foi efetuada medicação sem benefício, foi iniciado “*pacing*” percutâneo com benefício do estado hemodinâmico e com melhoria do estado de consciência. À entrada da SR, o utente apresenta-se com um Glasgow de 14, hemodinamicamente estável. Foi efetuado um ECG que revelou bloqueio auriculoventricular completo, pelo qual foi decidido pela equipa a colocação de eletrocateter intra-ventrículo para a realização de “*pacing*” intracavitário. Na SR, foi efetuado o procedimento a sua preparação e os cuidados posteriores a vigilância dos sinais vitais e dos sinais das potenciais complicações. O utente foi encaminhado para a UIDA para continuação da observação e vigilância e para posterior transferência para a unidade de cardiologia do hospital central da região para a colocação de “*pace maker*” definitivo.

Utente com Diabetes mellitus – cetoacidose diabética

Um dos utentes admitidos na SR foi um jovem de sexo masculino com 15 anos, ao qual foi diagnosticado uma **Diabetes Mellitus** (DM) inaugural com **cetoacidose diabética** (CAD).

A DM caracteriza-se por uma hiperglicemia crónica. Esta resulta de uma deficiente produção de insulina, que pode ser relativa ou absoluta. Associam-se também diferentes níveis de resistência à insulina, condicionando o metabolismo celular e a utilização dos glúcidos, dos lípidos e das proteínas (Lisboa & Duarte, 2002).

A diabetes de acordo com a *norma n.º2 de 2011 da DGS*, é classificada em *quatro tipos clínicos, segundo a sua etiologia*:

- a) Diabetes Mellitus tipo 1;
- b) Diabetes Mellitus tipo 2;
- c) Diabetes gestacional;
- d) Outros tipos específicos de diabetes.

Diz a Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD) (2012), que a DM tipo 1 representa entre 5 e 10% da totalidade dos casos de diabetes e resulta da destruição das células β dos ilhéus de Langerhans do pâncreas, resultando uma insulinopenia absoluta. As pessoas nesta condição passam a depender da administração de insulina para sobreviverem.

A DM tipo 2 é consequência de uma diminuição da produção da insulina pelo pâncreas, acompanhado por insulinoresistência. É a forma mais frequente de diabetes, cerca de 90% dos casos. Com uma forte componente hereditária, aparece muitas vezes associada à obesidade (SPD, 2012).

A diabetes gestacional corresponde a qualquer anomalia do metabolismo da glicose que seja documentado pela primeira vez durante a gravidez (DGS, 2011). As mulheres que tiveram este tipo de diabetes apresentam uma maior probabilidade de serem diagnosticadas com Diabetes Mellitus tipo 2, está também associada a um maior risco de obesidade (SPD, 2012).

Nos outros tipos específicos de diabetes surgem os casos que são consequência de processos etiologicamente conhecidos, são os casos dos defeitos genéticos das células β ; dos defeitos genéticos na ação da insulina; as doenças do pâncreas; endocrinopatias diversas e a diabetes induzidas por químicos ou fármacos (DGS, 2011).

A prevalência da Diabetes Mellitus tem vindo a aumentar de forma progressiva, só nos Estados Unidos da América existiriam em 2011, segundo a Centers for Disease Control and Prevention (2012), 25,8 milhões de pessoas diabéticas as quais corresponderiam 8,3% da população do país. Em Portugal e segundo o Observatório Nacional da Diabetes (2012), no ano de 2010, a prevalência foi de 12,4%, para as pessoas entre os 20 e 79 anos, destes 7,0% estão diagnosticados e 5,4% estão por diagnosticar, correspondendo a um total de cerca de 991.000

peessoas. Para a população entre os 60 e os 79 anos é possível verificar que cerca de um quarto desta população tem diabetes.

As manifestações clínicas da CAD, passam pela anorexia, náuseas, vômitos, cefaleia, mal-estar, parestesias e dor abdominal. Há presença de sinais de desidratação com mucosas secas, turgor cutâneo diminuído e língua seca e pregueada. A pessoa pode apresentar alterações respiratórias com taquipneia e evoluir para respiração de Kussamaul. A taquicardia também pode esta presente tal como o hálito cetónico. Laboratorialmente é definida pela presença de hiperglicemia (≥ 250 mg/dl), acidose metabólica ($\text{pH} < 7,2$), bicarbonato < 15 mEq/L e pela presença de cetonemia ou cetonúria (Barone, et al. 2007).

A CAD grave deverá ser tratada em unidades de cuidados intensivos, as situações leves ou moderadas não necessitam deste tipo de unidades. O tratamento passa por hidratação, insulinoaterapia e correção dos distúrbios hidro-eletrolíticos. A hidratação poderá ser efetuada com solução salina a 0,9%, no entanto há que ter em consideração o sódio sérico, se este estiver elevado há a alternativa da solução salina a 0,45%. Após a glicemia atingir valores inferiores a 250 mg/dl, a hidratação pode ser mantida com a associação de glicose até à correção dos desvios hidro-eletrolíticos, havendo no entanto o cuidado de monitorização dos sinais de edema cerebral. A insulinoaterapia é recomendada em perfusão contínua numa solução salina a 0,9%. Alguns autores referem que em caso de alteração do estado de consciência, os valores da glicemia não deverão baixar dos 250 mg/dl até que o utente se encontre vígil e com Glasgow de 15. A correção dos distúrbios dos eletrólitos passam pela administração de potássio, pois este é geralmente baixo e tendência é para ainda diminuir mais após o início da insulinoaterapia que desloca o potássio do meio extracelular para o intracelular. O potássio deve ser repostado pelo risco de arritmias cardíacas. A quantidade de potássio a administrar depende dos seus níveis séricos, no entanto a velocidade de perfusão não deverá ser superior a 40 mEq/h. É recomendado a monitorização cardíaca contínua. O bicarbonato deve ser apenas repostado para valores de $\text{pH} < 7,0$ pelo risco de: agravamento da hipocaliémia, aumentar a acidose intracelular, aumentar a síntese dos corpos cetónicos. Deverá ser considerada a correção dos valores do fosfato, do magnésio, do cálcio e do sódio (Barone, et al. 2007).

As principais complicações do tratamento da CAD são: a hipoglicemia, pelo risco de administração de insulina sem a respetiva avaliação dos valores de glicose (avaliação da glicemia capilar a cada hora e da glicemia sérica no máximo a cada 4 horas), hipocaliémia, hiperglicemia com cetoacidose de repetição e o edema cerebral (Barone, et al. 2007).

O utente admitido apresentava uma cetoacidose moderada com origem numa diabetes inaugural, após o início dos cuidados na SR, este foi transferido para a UIDA onde foram continuados os cuidados já iniciados. Era um jovem com pouco conhecimento da patologia que lhe tinha sido diagnosticada, não estava consciente dos cuidados que teria de ir ter, quer no imediato durante a fase de internamento, nem posteriormente após a alta, a falta de conhecimento era extensível à família.

O dossiê temático

A prestação de cuidados a um utente com o diagnóstico de CAD, reforçou a importância de aprofundar os conhecimentos sobre as complicações agudas da DM e em simultâneo o desenvolver de um dos objetivos do PAC, a construção de um **dossiê temático** sobre o assunto. O **dossiê temático** é um conjunto de documentos relativos a um determinado tema, que são pesquisados, reunidos, tratados e arquivados para possibilitar a melhor compreensão do mesmo. São incluídos documentos com várias origens, organizados de forma a facilitar a consulta, constituído um acervo sobre o tema em questão (Escola Secundária José Belchior Viegas, s.d.).

Os objetivos da elaboração deste trabalho foram: conhecer o que é um dossiê temático, qual a importância da diabetes e das suas complicações agudas.

A elaboração do dossiê temático sobre as complicações agudas da diabetes, teve a finalidade de ser o ponto de partida, para a construção de um documento mais alargado sobre o tema, aberto à inclusão de mais documentos sobre o tema por parte dos enfermeiros da SUG do Hospital X. Neste primeiro passo foram selecionados três documentos que se apresentam de forma sumária.

O primeiro documento intitulado “*Cetoacidose Diabética em Adultos – Atualização de uma Complicação Antiga*” (Barone, et al., 2007), reflete sobre a fisiopatologia, o quadro clínico, a investigação complementar, o tratamento e os cuidados a

serem prestados a estes utentes. A inclusão deste documento do dossiê pretende orientar os leitores para este distúrbio metabólico e justificar as intervenções de enfermagem.

O segundo documento selecionado para integrar este trabalho com o título de *“Intensified insulin therapy during fasting of Ramadan in type 1 diabetic patients”* (Rahim, Lachine, Zeitoun & Wessam, 2011) aborda a administração de insulina em pessoas da comunidade islâmica, durante o período do Ramadão. Foi procurado através da inclusão deste artigo concluir da possibilidade de compatibilizar o regime terapêutico com insulina e a prática religiosa muçulmana durante o período do Ramadão.

O último artigo incluído, intitulado de *“Causas principales para desarrollo de crisis hiperglucémicas en pacientes con diabetes mellitus en la Secretaría de Salud del Distrito Federal”* (Torrecilla, Nuevo, Ayala & Guerra, 2008) foi elaborado no México e relata um estudo que procura conhecer os principais fatores desencadeantes de crises hiperglicémicas em três hospitais da Cidade do México. Os autores chegaram à conclusão que aqueles fatores são essencialmente as infeções e o consumo de álcool.

O dossiê temático (APÊNDICE XX) foi oferecido ao SUG do Hospital X, na perspetiva de ser continuado, pelos integrantes daquele serviço, com mais informação sobre o tema proposto e servir de fonte de informação para a prática diária de enfermeiros ou de outros profissionais da instituição.

O estudo de caso

Durante o estágio não deu entrada na SR qualquer utente com necessidades na área da traumatologia. Um dos objetivos propostos pelo PAC foi a realização de um **estudo de caso** sobre a assistência a utentes vítimas de trauma. Como tal e com o objetivo realizar o trabalho proposto procurado compreender o que era um estudo de caso, que foi o único objetivo cumprido neste item.

O estudo de caso pode ser encarado como um plano de investigação detalhado e intenso acerca de um caso. Um caso pode ser uma pessoa, um grupo, uma organização, uma comunidade ou um país, mas pode ser também uma decisão ou um incidente, diz Coutinho e Chaves (2002) que pode ser um sem fim de hipóteses. Brewer (1987, cit. por Coutinho & Chaves, 2002) propõe seis

categorias de casos: os indivíduos; os atributos dos indivíduos; as ações e as interações; os atos de comportamento; os ambientes, os acidentes e os acontecimentos e ainda as coletividades.

O estudo de caso deverá ser holístico, procurar compreender a situação no seu todo, sendo que as características apresentadas para o estudo de caso são: ser um sistema limitado (em que os limites podem ser o tempo, os eventos ou os processos; o caso tem que sobre algo, tem que ser identificado, específico e apontado como o fato em questão; tem que ser único, específico, diferente e complexo; deverá decorrer no seu ambiente natural; utilizar vários tipos de fontes de dados (Coutinho & Chaves, 2002); estes autores referem que são estudos empíricos, com base em raciocínio indutivo, que dependem de trabalho de campo e que apesar de não ser experimental é baseado em múltiplas e variadas fontes de dados.

Os objetivos para Yin (1994, cit. por Coutinho & Chaves, 2002) são os de explorar, descrever ou explicar o caso em estudo, para Guba e Lincoln (1994) citado pelos autores anteriores, aponta como objetivos: o relato ou o registo dos fatos tal como sucederam; descrever situações ou fatos; proporcionar conhecimento sobre o fenómeno em questão ou comprovar efeitos ou relações presentes no caso.

Diversos autores apontam a existência de diversos tipos de estudos de caso: os **intrínsecos**, no qual o autor pretende compreender um caso em particular que é o foco do trabalho; o **instrumental**, onde a análise de um caso serve para um apuramento do conhecimento sobre uma área de conhecimento ou assunto, para aprofundar uma teoria, neste tipo de estudo, o conhecimento não é sobre o caso em si próprio, mas serve para a compreensão de outros fenómenos mais alargados; **coletivo**, é um alargamento do instrumental com o estudo de vários casos possibilitando um mais aprofundado conhecimento do fenómeno, da população e possibilitando comparações (Coutinho & Chaves, 2002).

A seleção do caso pode ser o passo mais sensível, pela tentação de cair no erro de buscar uma amostra de um universo *“pois o que está em causa é não uma generalização estatística mas uma generalização analítica”* (Duarte, 2008, p.118). Sobre este assunto diz Yin (2005, cit. por Duarte, 2008) que se pode escolher um caso extremo ou único, ou um caso relevante, diz ainda aquele autor que se pode

ter conhecimento da situação e esta ser estudada pela possibilidade de acesso aos dados e à sua possibilidade recolha. Assim e de forma intencional podem ser considerados como amostras: os casos extremos; os casos típicos ou especiais; casos de variação máxima; casos críticos; casos sensíveis e de conveniência (Coutinho & Chaves, 2002).

Os estudos de caso podem ser importantes para: apreender aquilo que é único em cada caso; possibilitar um estudo profundo para compreender aspetos importantes em áreas do saber complexas e permitir a combinação com outras abordagens permitindo clarificar aspetos de através de outras formas de estudo poderiam passar despercebidas. No entanto e como críticas são apontadas a existência apenas de estudos isolados e descritivos, “*sem se integrar com outras abordagens do mesmo assunto, ou ainda quando se pretende extrapolar para além do que os dados recolhidos revelem ou sustentam*” diz Punch (1998), Yin (1994) e Stake (1995) citados por Coutinho e Chaves (2002, p.231).

A utilização do estudo de caso em enfermagem permite a exploração de uma situação através de uma detalhada coleta de dados, utilizando várias fontes de informação que se mostrem relevantes para a tomada de decisão. Tem uma orientação essencialmente prática observando uma situação da vida real, com a intenção de discutir os problemas concretos, a causa, as formas de prevenção e propor soluções. Permite uma correlação entre a teoria e a prática e proporcionar o estudo dos problemas e as necessidades do utente, da família ou da comunidade, buscando a melhor estratégia para solucionar os problemas (Freitas & Carmona, 2011).

O planeamento do PAC enuncia como objetivo geral o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados ao doente crítico, que por sua vez foram subdivididas na área da patologia médica e na da traumatologia. O objetivo de prestar cuidados a doentes críticos na área médica foi alcançado. Foi possível no estágio na SR prestarmos cuidados a utentes em situação emergente e com falência orgânica, nas patologias com maior incidência em Portugal, como são as doenças cérebro-cardiovasculares, nomeadamente os AVC e a doença isquémica do coração. Houve a possibilidade, e tal como vem especificado no regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, executarmos cuidados técnicos de alta complexidade

e de gerir protocolos terapêuticos complexos. Para além dos cuidados técnicos inerentes à prestação de cuidados, houve durante o tempo de estágio o desenvolvimento de competências na gestão da ansiedade de medo de família e utente em situação crítica, no enfrentar uma situação nova originadora de stress. O reconhecimento do valor da comunicação enquanto elemento facilitador dos processos de adaptação a novos contextos.

A elaboração do dossiê temático permitiu-nos aprofundar o conhecimento sobre as complicações agudas da diabetes, criando bases teóricas para justificar as intervenções de enfermagem na prestação de cuidados a este tipo de utentes.

Houve no entanto objetivos que ficaram por alcançar, caso da prestação de cuidados a utentes vítimas de situações de trauma, já que durante os turnos efetuados não houve qualquer situação deste tipo, impossibilitando a execução do respetivo estudo de caso. No entanto houve a pesquisa para compreender as virtudes desta metodologia enquanto ferramenta para fomentar o conhecimento baseado na prática.

3. O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

As competências dos enfermeiros especialistas são divididas entre as comuns e as específicas e o seu desenvolvimento foi aspeto central durante os estágios. É chegado agora o momento de fazer um exercício de reflexão e análise das competências desenvolvidas durante este tempo.

As competências comuns do enfermeiro especialista

O especialista em enfermagem orienta a sua prática de acordo com os princípios da **responsabilidade profissional, ética e legal**, respeitando o Código Deontológico (OE, 2010). Durante a elaboração do PIS foram vários os exemplos onde foi necessário garantir a defesa de princípios neste domínio. Aspetos relacionados com a informação, a sua gestão e garantia da sua confidencialidade foram expressos na elaboração do manual de integração de novos elementos. Diz a ERS (2009) que o titular do direito à informação é o próprio, sendo que família ou outros não devem ser informados da situação do utente sem o seu consentimento, esta premissa estende-se à informação escrita e/ou oral, sendo que estes aspetos são expressos no capítulo que aborda as visitas, o acompanhamento do utente e as informações.

Os aspetos éticos foram também tidos em conta durante a elaboração do PIS, onde durante realização das entrevistas para a recolha de dados foram garantidos os princípios da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça a todos os participantes.

Um dos principais enfoques para o desenvolvimento do PIS está relacionado com o domínio de competência da **melhoria da qualidade**, nomeadamente no que diz respeito a criar e manter um ambiente terapêutico seguro.

A definição de qualidade em saúde é complexa, já que esta definição não pode estar condicionada por formas redutoras, quando tem a necessidade de considerar a complexa característica da prática profissional de enfermagem que se centra no cuidar, tornado difícil a compreensão e a avaliação da qualidade nesta área (Bastos & Saraiva, 2013). Diz, Hesbeen (2001, cit. por Bastos &

Saraiva, 2013), que são importantes instrumentos que avaliem a qualidade em saúde, no entanto, não é menos importante considerar a vertente holística do cuidar durante essas avaliações.

Diz-nos o International Council of Nurses, através de Nunes (s.d.), que a segurança é essencial à prestação de cuidados de enfermagem. O desenvolvimento de programas de gestão de risco, têm que ter em consideração múltiplos fatores, incluindo a integração dos recursos humanos na organização.

O planeamento e a elaboração do programa de socialização de novos elementos no SUG permitiram o desenvolvimento das competências associadas à manutenção de um ambiente terapêutico seguro. O acompanhamento em permanência da pessoa que está ser integrada por um profissional com maior experiência tem o objetivo de diminuir a ocorrência do erro (Mosquera, 2007).

O estágio na CCI e a análise dos relatórios de vigilância epidemiológica levou à compreensão da importância das medidas de controlo da infeção na prestação de cuidados. Este esforço para minimizar a ocorrência de infeção nosocomial é materializado com a inclusão de um conjunto de normas no manual de integração que visa a melhoria a diminuição do risco de existência de IACS.

A Autoridade Nacional de Proteção Civil, no seu manual de elaboração de planos de emergência externa (2009), informa que deve ser prevista a divulgação pública das medidas de autoproteção e de procedimento em caso de situações de emergência. O manual de integração de novos profissionais de enfermagem comporta uma seção que fornece informação dos procedimentos a ter em situações de emergência (interna e externa), de forma a proporcionar um mais ambiente seguro para os utentes da instituição.

A aquisição de competências no domínio da gestão de risco tem múltiplas vertentes, durante o estágio foram desenvolvidos as relacionadas com manutenção do ambiente seguro na perspetiva da prestação de cuidados de qualidade, em especial na disseminação norma de atuação junto dos novos elementos que iniciam funções no SUG.

No âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista, o domínio da **gestão de cuidados**, surge como a capacidade de otimizar as “*respostas de*

enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (OE, 2010, p.8).

Na elaboração do programa de integração de novos enfermeiros no SUG, foi necessário compreender a forma como este é gerido, potenciando o trabalho em equipa de forma a adequar os recursos às necessidades dos cuidados. (OE, 2010). A observação direta efetuada durante os estágios, associado à pesquisa bibliográfica permitiu-nos compreender as metodologias utilizadas no serviço e que foram expressas no manual de integração. As metodologias em vigor no serviço refletiram-se posteriormente no plano de integração. Outro aspeto refletido no manual de integração foi a legislação que se aplica às relações laborais. O método de elaboração de horários, os aspetos da assiduidade ou da concessão de licenças são abordadas e refletidas no manual de interação.

O último domínio das competências comuns do enfermeiro especialista é o **desenvolvimento das aprendizagens profissionais**. Neste domínio pretende-se que a prática do enfermeiro seja assente em padrões de conhecimento válidos e sólidos (OE, 2010). Durante o desenvolvimento do PIS foi utilizada a metodologia de projeto. O primeiro passo na elaboração do PIS foi identificar a existência de lacunas na forma como se estava a processar a socialização dos novos elementos na equipa de enfermagem, criando a perceção de existir uma oportunidade de investigar a forma como esse processo estava a ser efetuado e a forma do seria desejável que ele decorresse. Houve a aplicação de um modelo de investigação, onde recorrendo aos dados da evidência disponíveis em várias áreas do conhecimento, construímos um programa de socialização de novos enfermeiros no SUG.

A formação de pares ou a facilitação da aprendizagem foi um aspeto desenvolvido no estágio e evidenciado através da realização da sessão de formação para a apresentação pública do programa de socialização. Houve a necessidade de planear a formação, executar os dispositivos formativos de acordo com a metodologia que julgamos mais adequada, houve a sessão pública e finalmente foi efetuada a avaliação desse momento formativo através de um inquérito.

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica

Enquanto as competências comuns do Enfermeiro Especialista são transversais a todas as especialidades, as competências específicas são próprias de um conhecimento profundo num domínio específico da enfermagem (OE, 2010). No caso específico do **Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**, deve ser capaz de prestar *“cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”* (OE, 2010a, p.2). Para além do cuidar da pessoa em situação crítica, este especialista deverá também desenvolver competências na resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima e na prevenção e controlo da infeção na pessoa em situação crítica.

O **cuidar a pessoa que vivência processos complexos de doença crítica ou em falência orgânica**, enquanto competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, decorreu de acordo com o PAC, no estágio realizado na SR do SUG do Hospital X. Durante esse tempo foi-nos possível contactar com utentes em situação crítica e através da observação, da colheita e da procura de dados, para prever e detetar de forma antecipatória sinais de instabilidade e o risco de falência orgânica.

A abordagem ao doente de forma sistematizada segue uma sequência hierárquica que procura a sobrevivência do utente. Desta forma a abordagem deverá ser efetuada de forma sequencial onde em primeiro lugar é avaliado a **via aérea** (A do inglês airway), a **ventilação** (B do inglês breathing), a **circulação** (C), a **disfunção neurológica** (D) e a **exposição** (E). Desta conjugação resulta a mnemónica ABCDE que preside à avaliação da pessoa potencialmente crítica (Frost, 2007). Esta forma de abordagem permite **identificar prontamente os focos de instabilidade** que colocam em perigo a vida do utente. A identificação de focos de instabilidade implica a sua resolução antes da passagem ao passo seguinte (Deakin et al., 2010), assim, e utilizando como o exemplo a obstrução da via aérea (em A), implica a sua desobstrução antes da continuação da avaliação da presença e características da ventilação. Esta forma de atuação permite que os enfermeiros **respondam prontamente de forma a antecipar focos de instabilidade** (OE, 2010a).

A prestação de cuidados ao utente em situação crítica foi um dos focos do tempo de estágio, nomeadamente com o intuito da **execução de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa que vivencia processos de doença crítica ou falência orgânica**. Para além de outras situações, caso paradigmático destes cuidados técnicos foi a necessidade de prestar cuidados a um utente que foi necessário implementar a ventilação mecânica com a finalidade de otimizar a função respiratória.

Foi possível aprofundar e colocar em prática os conhecimentos teóricos acerca da função respiratória e transferi-los para as habilidades práticas da ventilação mecânica. Os parâmetros básicos da ventilação mecânica: o **volume corrente** - volume de gás fornecido ao utente em cada ciclo respiratório (10-15 ml/kg); a **frequência respiratória**, o número de ciclos respiratórios por minuto; o volume minuto, o total do gás insuflado por minuto (volume corrente x frequência respiratória); **fração de O₂ inspirado (FiO₂)**, a percentagem de O₂ no ar inspirado; a relação entre inspiração e a expiração, normalmente um segundo de inspiração para dois segundos de expiração, a chamada relação 1:2; a ideia de fluxo máximo e a programação dos limites de pressão, para garantir a segurança do utente relativamente a complicações como o barotrauma (Leite, 2009).

A **gestão de protocolos terapêuticos complexos** é outra das unidades de competências definidas pela OE para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Foram múltiplas as situações que esta unidade de competência foi desenvolvida durante o tempo de estágio.

A gestão de protocolos complexos foi evidente na prestação de cuidados ao utente com uma bradicardia severa. Nesta situação em concreto, a utilização do protocolo do Conselho Português de Ressuscitação para as bradicardias (ANEXO V), levou à conclusão da ineficiência das medidas farmacológicas e da dificuldade em manter uma boa função cardíaca através da utilização do pace-maker transcutâneo, pelo qual foi necessário a colocação de forma provisória de um pace-maker intra-cavitário. Estas opções só foram possíveis de serem implementadas pela monitorização da resposta aos procedimentos e pela sua avaliação, que permitiram avaliar as respostas ineficazes às intervenções efetuadas e implementar as outras mais eficazes.

O regulamento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, refere a necessidade de ter em conta **a assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais em virtude da situação crítica ou falência orgânica** (OE, 2010a).

As situações não rotineiras e que não foram antes experimentadas são indutoras de stress, entre estas está a doença, própria ou de familiares, que pode produzir uma modificação no estilo de vida, capaz de alterar os hábitos, os padrões de atividade e as relações sociais (Pinto et al., 2005). Uma das estratégias utilizadas para lidar com o stress, passa pela utilização dos recursos sociais, entre os quais se encontram os enfermeiros. Estes deverão ter a capacidade de prestar suporte emocional à pessoa em situação crítica e ajudar a família a ultrapassar os momentos de stress pelo qual estão a passar.

A utilização do modelo RESPECT (Respect, Explanation, Social, Power, Empathy, Concerns, Team) mostrou-se particularmente útil por possibilitar uma abordagem sistemática e estruturada à pessoa e família. Este modelo procura desenvolver um conjunto de ações de comunicação verbal, não-verbal e de comportamento com o fim de construir uma relação de confiança entre os profissionais de saúde, utente e família independentemente das diferenças de raça, etnia ou culturais Mostow et al. (2010). A mnemónica RESPECT apresenta alguns princípios facilitadores para aquele fim:

- **Respect** – demonstra e aceita as crenças e valores do utente, reconhece e valida as suas preocupações;
- **Explanation** – questiona as implicações da cultura e das crenças no processo de doença e reflete até que ponto poderão ajudar no processo;
- **Social** – apreender o contexto social do utente e família, perceber qual o impacto da doença na vida, os suportes sociais, os recursos espirituais que são capazes de influenciar a saúde ou a prestação de cuidados;
- **Power** – partilhar o poder na relação entre o profissional e utente;
- **Empathy** – adequar as respostas verbais e não-verbais de forma a demonstrar valorização e entendimento de sentimentos partilhados;
- **Concerns / fears** – procurar saber sobre as preocupações acerca dos tratamentos, o diagnóstico que geralmente não são expressas;

- **Team** – construir uma relação (aliança terapêutica) baseada na partilha de poder, na empatia e na compreensão.

O regulamento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, aponta numa das suas unidades de competência a necessidade de desenvolver uma **comunicação interpessoal que fundamente a relação terapêutica com a pessoa e a família e que considere a alta complexidade do estado de saúde do utente** (OE, 2010a). Exemplo disso foi a prestação de cuidados a um homem de 41 anos de idade, trabalhador da construção civil, que durante a jornada de trabalho se dirigiu ao SUG, referindo dor precordial ao qual foi diagnosticado um enfarte agudo do miocárdio, tendo sido proposta a transferência para a unidade de hemodinâmica da região. O utente encontrava-se bastante ansioso pelo processo de doença que se encontrava a vivenciar e porque dizia ter medo de deixar a família (mulher e filha) sem sustento, pois atualmente era a única fonte de rendimento. A rápida compreensão da situação do utente e família, a demonstração de respeito pela mesma, possibilitou entre outras informações conhecer qual o conhecimento da sua doença e a forma pelo qual achava seria a melhor solução para a sua resolução. Foram percebidas qual o suporte social existente e quais os recursos passíveis de serem mobilizados naquela situação. Colocando o utente na posse destes dados e fornecendo poder decisão, utente e família encaram que a melhor alternativa seria a transferência para outra unidade hospitalar para tratamento de reperfusão coronária, como forma de possibilitar uma mais rápida recuperação com o regresso ao trabalho e a um padrão de funcionamento familiar encarado como normal.

A competência que reflete a **resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas**, foi desenvolvida no PIS, através do estudo dos planos de emergência (interna e externa) do Hospital X que permitiu a construção do capítulo subordinado ao tema para incluir no manual de integração de novos elementos. Esta secção do manual de integração proporciona aos novos profissionais conhecimento sobre a forma de como proceder em caso de situações de catástrofe ou emergência. Em simultâneo permitiu o desenvolvimento da competência, tal como ela vem descrita de dinamizar “a

resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção” (OE, 2010, p.4).

A **prevenção e o controlo da infeção no cuidar da pessoa em situação crítica**, enquanto competência do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica teve o seu desenvolvimento planeado em PIS, com a inclusão desta temática no programa de integração de novos enfermeiros no SUG e com a realização de um estágio na CCI do Hospital X. O estágio na CCI teve o objetivo de contribuir para a construção de uma súmula com as normas mais significativas do que diz respeito ao controlo dos processos de infeção nosocomial para integrar o manual de integração de novos enfermeiros no SUG.

O especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica *“maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”* (OE, 2010a, p.4). Durante a etapa de diagnóstico ficou evidenciado através das entrevistas, da análise SWOT e da Stream Analysis, que a segurança do doente é um dos aspetos onde o processo de integração de novos profissionais tem mais benefícios. Houve a necessidade de conhecer o Plano Nacional de Controlo da Infeção e as diretivas da CCI do Hospital. Tendo por base a necessidade de conhecimento pelos novos elementos das normas da CCI, seleccionamos aquelas mais significativas e que podem influenciar, de forma positiva, o desempenho daqueles profissionais.

O tempo de estágio foi de desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica (comuns e específicas). Estas competências não começaram agora a ser desenvolvidas, no entanto este foi um momento em que estas foram sistematizadas e encaradas com um dos pilares do desenvolvimento profissional. O seu desenvolvimento também não acabou por aqui, já que este é um processo dinâmico que avança de acordo com os conhecimentos científicos que são proporcionados pela investigação.

O trabalho teórico proporcionou a reflexão sobre as competências em questão, o estágio fez a transição para a prática e tornar estas uma mais-valia para a prestação de cuidados no serviço junto dos utentes e junto de outros profissionais.

4. ANÁLISE DOS CONTRIBUTOS TEÓRICOS

No último semestre do I curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica foram planeadas vários módulos que se incluíam na unidade curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica II, todos eles tiveram importância no decorrer do estágio e na consumação dos projetos.

O **módulo de supervisão de cuidados** permitiu a reflexão sobre os fundamentos para a tomada de decisão e para orientar as mesmas. O cuidar em enfermagem materializa-se em atos que são fundamentados em conhecimentos de cariz científico, ético, jurídico, entre outros que legitimam as opções tomadas (Deodato, 2010). Foram as diferentes reflexões que efetuadas na sala de aula, que permitiu a extrapolação para as situações clínicas de cada dia, quer em estágio quer na prática profissional. As decisões na prática de cuidados passaram a ser mais sustentadas, ganhando força de argumentação entre pares e com outros profissionais. A passagem dos conceitos de supervisão de cuidados de enfermagem da sala de aula para o estágio, está ligado à garantia de práticas de qualidade, promoção do ambiente seguro e suporte a outros profissionais.

O enfermeiro especialista, de acordo com o regulamento de competências comuns, tem competências no âmbito da garantia do ambiente seguro, das práticas de qualidade e nas aprendizagens profissionais (OE, 2010). Diz Sloan (1999, cit. por Abreu, s.d.) que a supervisão é um processo onde um perito ajuda um profissional menos experiente a alcançar habilidades, fornecendo aconselhamento e apoio. Assim, o que à partida poderia ser encarado como um controlo hierárquico, passa de acordo com Gray (2001, cit. por Abreu, s.d.) a ser encarado como uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento de competências, do assumir de responsabilidades pela própria prática, de aumentar a segurança dos cuidados em situações complexas e de desenvolver habilidades de reflexão e análise da tomada de decisão.

O módulo de questões **éticas emergentes em cuidados complexos** procura o desenvolvimento de habilidades na resolução de dilemas éticos, mormente através da aplicação de algoritmos de decisão ética. O exercício da enfermagem assenta na relação entre enfermeiro e pessoa ou grupo de pessoas que são alvo das suas ações (OE, 2004). Todos os intervenientes na relação possuem um

quadro de valores e de crenças que podem não ser coincidentes. A ética surge associada à atividade humana nomeadamente à capacidade de atuar e de agir. O agir humano está associado a algumas premissas que condicionam a pessoa, a liberdade, a responsabilidade e a autonomia (Nunes, 1995). Na mesma lógica, diz (Savater, 2005), que a ética pode ser encarada como a forma racional de como se pode ter uma vida boa, tendo em consideração que vivemos em comunidade e que nem todos comungam do mesmo ponto de vista. São sobre estes olhares divergentes sobre os mesmos fenómenos que a ética procura responder, no agir em sociedade e perante os outros.

Os problemas éticos surgem no quotidiano da prática clínica dos enfermeiros, Como proposta para sistematizar as respostas a esses dilemas Janet Matthews (2008), propõe um algoritmo (**Nursing Ethics Decision Making Algorithm**) (ANEXO VI) que tem como base de partida o reconhecimento do dilema e a existência de duas opções possíveis. A análise das opções disponíveis passa por reconhecer se elas são legalmente possíveis de colocar em prática. Após a análise do ponto de vista legal, as duas hipóteses deverão ser analisadas à luz dos princípios éticos fundamentais: da autonomia, da beneficência, da não-maleficência, justiça, fidelidade e validade. As hipóteses deverão ser avaliadas segundo o risco e o benefício para o utente, sendo que tal só será possível através do conhecimento dos seus interesses e valores. A escolha de uma das opções só será possível quando enquadrada em princípios teóricos que enquadrem a opção nas funções e deveres da enfermagem. A análise da opção deverá ser confrontada com outras situações similares, se a solução foi aceitável, se os valores eram semelhantes e se o caso poder ser extrapolado para a situação atual. A implementação da opção escolhida não é o fim do processo, já que é necessário avaliar, conhecer quais os resultados da intervenção e como ela foi apreendida pelos diversos participantes (Matthews, 2008).

A apresentação do algoritmo descrito revelou-se importante para a prática, por tornar sistemática a análise dos dilemas, retirando subjetividade, diminuindo a arbitrariedade, diminuindo a probabilidade de ilegalidades e garantindo maior segurança a utentes e a profissionais, nas suas decisões ética quotidianas.

O cuidado à pessoa em fim de vida reveste-se de especificidades que a tornam diferentes de outras formas de cuidar. Nesta situação é dada especial importância

a todas as circunstâncias que determinam ou perturbem a qualidade de vida do utente (Gomes, 2010). Com o fim da resposta curativa e afastado o expecto do “*não é possível fazer mais nada*” os cuidados em fim de vida centram-se na atenção global à pessoa (Martins, 2006) com intervenções que proporcionam a melhor qualidade de vida de acordo a sua situação biológica, pessoal, social e indo de encontro ao necessário ajustamento das diversas partes envolvidas em todo o processo (Gomes, 2010).

Os cuidados em fim de vida são orientados para as pessoas e não para as doenças (Gomes, 2010). Esta abordagem do cuidar assenta, segundo Martins (2006), em três vertentes: a **comunicação** (ao doente e à família com o fornecimento de informação, mas também como forma de demonstrar respeito pelos seus sentimentos e suas manifestações); o **controlo de sintomas** e pela **satisfação das necessidades manifestadas pelo utente e família**.

No decorrer do estágio, foram prestados cuidados à pessoa em fim de vida e à família a um utente que se encontrava agónico no início do turno e que acabaria por morrer poucos minutos depois. O foco de atenção foi a família e a necessidade de acompanhamento nos primeiros momentos do processo de luto. Tal como diz Pereira (2005) a comunicação de más notícias é uma tarefa difícil, pelo receio das reações emocionais de utentes ou familiares e pela dificuldade em gerir este tipo de situação que representa uma mudança radical e negativa dos projetos para o futuro. Diz Buckman (1984, cit. por Pereira, 2005) que a má notícia é qualquer informação que modifique de forma drástica e com uma perspetiva negativa a visão da pessoa sobre o seu futuro.

A comunicação de um óbito de um familiar é uma tarefa difícil, tanto para o profissional, como para o familiar, mas fundamental para o processo de luto. As dificuldades dos profissionais são diversas, passando pela sensação de fracasso, a pouca formação específica para estas situações ou a falta de compreensão quando se trata de pessoas com culturas distintas das da maioria (Medeiros & Lustrosa, 2011). Os aporte deste módulo foram importantes pela possibilidade de refletir na temática dos cuidados no fim de vida e pela breve aplicação prática no estágio, pelas múltiplas experiências anteriores e pela perspetiva de garantir melhores cuidados neste âmbito no futuro.

O pensamento dualista que separa espírito e corpo tem caracterizado a sociedade ocidental desde a antiguidade grega, no entanto assume maior expressão com o pensamento de Descartes do século XVII que marca o pensamento ocidental, não sendo alheio aos das profissões da saúde, tal como é visível no modelo biomédico (Pimenta, 2010). Como tal, foi objetivo do módulo de **espiritualidade** de “*integrar as diferentes dimensões da espiritualidade na prática de cuidados*” (Nunes, Ruivo & Lopes, 2011a, p.17). O estágio permitiu enquadrar conceitos de uma dimensão de cuidados que ainda são bastante associados à religiosidade (Pimenta, 2010), mas que cada vez mais ganha dimensão na prestação de cuidados de enfermagem, mas com um âmbito diferente. A dimensão espiritual é de difícil concetualização em parte pela sua subjetividade. Diz-nos Wright (2005, p.20) que é “(...) *tudo aquilo e todo aquele que atribui um significado e um propósito final à vida de uma pessoa e que apresenta formas particulares de estar no mundo, em relação com os outros, consigo mesmo e com o universo*”. Sobre a mesma temática Puchalski e Romer (2000, cit. por Pimenta, 2010, p.119) diz ser “*aquilo que permite a uma pessoa vivenciar o significado transcendente na vida*”.

Uma outra perspetiva deriva do reconhecimento da existência de uma sociedade pluralista, com diferentes acessões de fé. A perspetiva de Maclaren (2004, cit. por Pimenta, 2010) valoriza a diversidade das realidades espirituais e contesta uma única teoria sobre espiritualidade porque se correia o risco de retirar sentido às crenças individuais à singularidade da pessoa e às suas necessidades, sendo esta uma condição fundamental para poder prestar cuidado espiritual.

A espiritualidade, diz McBrien (2008, cit. por Pimenta, 2010) não requer professar uma religião, mas proporciona às pessoas o sentido e o propósito da vida em situações de sofrimento emocional ou físico. Diz Wright (2005) que a situação de sofrimento faz sobressair a dimensão espiritual. Ora, os enfermeiros são os profissionais que mais acompanham os processos de sofrimento e são eles que mais poderão auxiliar e apoiar. Diz Frankl (2003, cit. por Pimenta, 2010) que o papel do enfermeiro passa por apoiar e ajudar a pessoa a encontrar o sentido da sua vida permitindo suavizar o sofrimento.

A existência de uma relação entre espiritualidade e saúde e bem-estar são evidenciados por diversos estudos, entre os quais Pimenta (2010) refere o de

Oldnall de 1995, que aponta para uma maior capacidade individual de recuperação melhores habilidades de coping.

O **modelo trinitário** desenvolvido por Wright (2005) procura orientar o acompanhamento do utente que em situação de doença grave manifesta sofrimento espiritual. O modelo conjuga três elementos que se interligam, as crenças, o sofrimento e espiritualidade (ANEXO VII).

No modelo trinitário de Wright, a autora propõe a intervenção sobre as crenças classificando-as em dois tipos, as **facilitadoras** e as **limitadoras**. As primeiras têm o potencial de encontrar soluções para os problemas; por sua vez as limitadoras são aquelas que aumentam as dificuldades e dificultam a solução dos problemas. O trabalho dos enfermeiros passa pela análise das crenças dos utentes e tentar a passagem de crenças limitadoras para facilitadoras da resolução dos problemas. Neste modelo o enfermeiro não deverá ajuizar as crenças do utente, deverá de uma forma racional e sistematizada auxiliá-lo a adquirir crenças que identifique como suas, que sejam capazes de reduzir o seu próprio sofrimento (Pimenta, 2010).

Os **seminários de peritos** tiveram a intenção de apresentar e refletir sobre temáticas associadas ao trabalho do Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica que não estivessem previstas em outras unidades curriculares. Houve a abordagem da catástrofe enquanto área de intervenção do enfermeiro especialista e como competência a desenvolver. O seminário de peritos abordou o conceito de catástrofe e as suas classificações, os efeitos da catástrofe, a triagem e a organização portuguesa. Estes conteúdos foram importantes para a análise dos planos de emergência do Hospital X e a sua reflexão crítica.

A necessária divulgação dos planos de emergência, interno e externo, aos novos elementos da equipa de enfermagem é fundamental para estes responderem a situações reais. Foi da articulação dos conteúdos lecionados, com o conhecimento dos planos da instituição, que foi elaborado o relatório da análise dos planos de emergência onde foram apontadas as suas fragilidades e apontadas sugestões.

No terceiro semestre foram planeadas dois módulos opcionais, resultantes da escolha dos mestrandos de cinco opções propostas. As opções escolhidas foram

a intervenções de enfermagem ao cliente com problemas cardiovasculares e intervenções de enfermagem a clientes em situação de urgência.

Na intervenção de enfermagem ao cliente com patologia cardiovascular foram abordados um conjunto de conteúdos relacionados com as intervenções de enfermagem a utentes com patologia cardíaca. O trabalho de enfermagem na área cirúrgica, com a informação sobre o percurso que o utente faz até chegar à cirurgia, os aspetos cirúrgicos do pré-operatório, intraoperatório e o pós-operatório até ao seguimento do utente após a alta hospitalar. Foram abordadas as intervenções técnicas associadas ao cuidar do doente cardíaco como a manipulação do balão aórtico, dos dispositivos de assistência ventricular paracorporal e no transplante cardíaco com a indicação das respetivas indicações, procedimentos técnicos e os respetivos cuidados de enfermagem associados. Estes conhecimentos não foram mobilizados durante os estágios, uns por não terem existido situações que implicasse a sua utilização e outros por serem caraterísticos de valências não disponíveis no Hospitalar X.

Durante o estágio, na área cardiovascular, foram essencialmente mobilizados saberes e efetuadas intervenções no doente com SCA e/ou arritmias cardíacas. Para os utentes com SCA, foram mobilizados os conhecimentos dos lecionados desde a sintomatologia, aos meios de diagnóstico, aos cuidados inerentes à preparação do utente para a terapia de reperfusão com terapêutica fibrinolítica ou para a realização de cateterismo para reperfusão. Também foram mobilizados os conhecimento sobre aplicação de pace-maker externo e intracavitário pela situação de bradicardia extrema ao qual foram prestados cuidados na SR.

5. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Um dos objetivos da frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica é a obtenção do grau de mestre, assim, diz o guia do 1º semestre, que este é de natureza profissionalizante e visa a formação pós-graduada de enfermeiros (Nunes, Ruivo & Lopes, 2010). Os cursos de mestrado deverão ter uma duração normal de três a quatro semestres curriculares e deverão conter um conjunto unidades curriculares com um mínimo 50% do total dos créditos do ciclo de estudos e uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto original destinado à obtenção do grau ou um estágio de natureza profissional objeto de relatório final com um mínimo de 35% do total dos créditos do ciclo de estudos. A obtenção do grau é conseguido com a aprovação em todas as unidades curriculares e no ato público de defesa da dissertação, do trabalho de projeto ou do relatório de estágio (Direcção-Geral do Ensino Superior, 2012).

A primeira competência aponta para a demonstração de **competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem**. O especialista e mestre deverá ser capaz através da utilização da evidência dos conhecimentos científicos avaliar a pessoa em situação crítica, utilizando metodologia que procure sistematizar a prestação de cuidados. O processo de enfermagem concebido nas suas cinco etapas fundamentais de avaliação dos dados, elaboração dos diagnósticos de enfermagem, planeamentos das intervenções de enfermagem, a sua execução e avaliação deverão todos eles ser efetuados com metodologia validada (Leandebal, Fontes & Silva, 2010). Esta sistematização procura identificar focos de instabilidade na pessoa em situação crítica e visa responder de forma antecipatória e adequada. A implementação de protocolos terapêuticos complexos deverá ser analisada de forma crítica, objetivando as suas prováveis complicações, levando à monitorização de sinais e sintomas, possibilitando a resposta de enfermagem adequada e em tempo oportuno.

As avaliações exaustivas dos utentes devem efetuadas de forma sistemática, caso da metodologia ABCDE e de acordo com os dados obtidos da avaliação deverão ser planeadas intervenções para responder às alterações detetadas.

Formas similares de sistematizar a avaliação e a prestação de cuidados são entendíveis com a implementação de guidelines de atuação como foram enunciados para os SCA ou para as situações de AVC.

As respostas humanas às situações de saúde/doença enquanto foco da prática de enfermagem são, tal como diz o regulamento da individualização das especialidades clínica de enfermagem (O.E., 2010b), uma das formas de tornar a prestação de cuidados enfermagem individualizados. Durante os estágios foi possível através das técnicas de entrevista, com utente e família, da avaliação de sinais e sintomas e através da análise dos dados obtidos, realizar os diagnósticos de enfermagem, planear as intervenções, executa-las e avaliar os seus resultados.

Da comunicação com os utentes e familiares com o estudante, foi possível compreender o contexto da situação vivida no imediato, mas também projetar a repercussão futura, do ponto de vista do projeto de saúde do utente e da própria família, tendo em consideração as prováveis consequências biológicas, psicológicas e sociais para ao próprio e para a família. As situações de patologia cardíaca, nomeadamente os procedimentos de cardioversão, traduziram-se na possibilidade de transmitir informação pertinente para a proteção e promoção da saúde e prevenção da doença tendo como alvo a mudança do estilo de vida (Macedo, Santos, Rocha & Perdigão, 2008).

Esta competência do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, permite que para além do enfermeiro prestar cuidados à pessoa em situação crítica, com risco de falência orgânica e de gerir protocolos terapêuticos complexos, possibilita que trabalhe também de forma preventiva, com o utente e a família, para capacitá-los com vista à recuperação de níveis de bem-estar compatíveis com a sua situação, garantir a continuidade dos cuidados com outros profissionais, enfermeiros ou não através da sua referenciação. Esta referenciação deve de ir de encontro às disponibilidades do utente de forma a garantir qualidade e equidade dos cuidados.

A competência do mestre para conceber, gerir e supervisionar cuidados de enfermagem articula-se com a prestação destes mesmos cuidados à pessoa em situação crítica, através da utilização das diversas etapas preconizadas para o processo de enfermagem. Esta estruturação acompanha de forma similar as competências do mestre e do especialista, onde é pedido a avaliação da pessoa,

dos seus focos de instabilidade, a realização do diagnóstico da situação de saúde ou de complicações da implementação de protocolos, o posterior planeamento da intervenção, a sua execução, a monitorização e avaliação das respostas aos problemas detetados.

A segunda competência do mestre aponta para o **desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas.**

Tal como foi referido no referencial concetual deste relatório, uma das suas vertentes está relacionada com a aprendizagem, nas suas diferentes dimensões (formal, não-formal e informal) e a aquisição de competências. Durante o tempo de estágio e buscando a articulação com os aportes teóricos houve um ganho e um desenvolvimento de competências. Assim, o estágio permitiu-nos a colocação em prática de técnicas que apenas eram do conhecimento teórico (do saber-saber) para o prático (saber-fazer). Foram os casos da prestação de cuidados a utentes com as alterações do ritmo cardíaco, que motivaram intervenções de enfermagem orientadas para a gestão de protocolos terapêuticos complexos de forma a diagnosticar precocemente possíveis complicações. Tal como diz Tavares (1996, cit. por Ferreira, 2004, p.124) *“não basta saber muito, conhecer em profundidade os assuntos, saber transformar esses saberes em relação, em saberes pedagógicos, saber fazer, saber ser e saber estar”*.

O PIS permitiu-nos desenvolver competências ao nível da gestão de cuidados, de equipas e na melhoria contínua da qualidade das aprendizagens profissionais. O projeto levou à procura de conhecimentos sobre a gestão de recursos humanos, com especial enfoque nos programas de socialização de novos elementos na organização/empresa. Os recursos utilizados passaram por pesquisa de diversas fontes científicas e pela auscultação dos diversos intervenientes no projeto (Professora, Enfermeira Orientadora, enfermeiros da equipa, outros profissionais da equipa do SUG) para a elaboração do projeto que se pretendia participativo e inclusivo dos diversos atores presentes no serviço.

A prestação de cuidados de saúde só é possível através de trabalho em equipa e forma de alcançar uma abordagem integral de todos os fenómenos que interferem com a saúde dos utentes, famílias ou comunidades (Uchôa, Vieira, Rocha, Rocha & Maroto, 2011). Ainda os mesmos autores mas referenciando Peduzzi (2001;

2007) conceitualizam o trabalho em equipa como uma modalidade de trabalho coletivo, em que se configura a relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes. O trabalho em equipa multidisciplinar tem surgido como uma alternativa para contrabalançar a crescente especialização na prestação de cuidados de saúde, que aprofunda conhecimentos mas que distânciava os profissionais dos utentes (Uchôa, Vieira, Rocha, Rocha & Maroto, 2012).

O trabalho com o doente crítico no serviço de urgência tem um caráter multidisciplinar, pelas especificidades das funções de cada elemento que integra a equipa. Esta destrição foi fundamental para o desenvolvimento do projeto de socialização de novos elementos no serviço, onde foram indicados os diversos profissionais que interagem no espaço do SUG, quais as suas funções e ainda a forma de articulação entre a enfermagem e cada um daqueles profissionais.

A articulação dos diversos elementos da equipa multidisciplinar permite partilhar informações, que possam adequar os cuidados ao utente. A interpretação dos diferentes aspetos culturais do utente, associado ao controlo da dor, às manifestações das perturbações emocionais que decorrem da pessoa em situação crítica ou em falência orgânica tem influência na forma de gerir o tipo de comunicação mais adequado para cada utente, família e comunidade com a intenção de desenvolver a melhor e mais adaptada relação terapêutica. Da mesma que quando se procura ganhos em saúde através do “empowerment” dos seus membros, deverá haver o ajustamento às crenças, valores e particularidades para que exista uma adesão efetiva e duradora às práticas desejáveis.

Outras das competências indicadas para o Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica refere a necessidade de **“desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos”** (Nunes, Ruivo & Lopes, 2010, p.8). Esta competência apela à seleção de meios e estratégias adequadas à resolução de problemas e procura fundamentar e avaliar os resultados em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e considerar as repercussões éticas e deontológicas.

As tomadas de decisão do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, quer elas sejam no campo das intervenções interdisciplinares ou nas autónomas não podem ser aleatórias. Tendo como pano de fundo, o foco de atenção da enfermagem enquanto promoção de projetos de saúde que a pessoa vive e

procura alcançar (O.E., 2004), a execução de intervenções de enfermagem, deverão ser devidamente fundamentadas do ponto de vista científico, ético e/ou deontológico.

A gestão das situações problemáticas, ou enquanto consultor de outros profissionais, foi uma das componentes desenvolvidas durante os aportes teóricos e transpostas para a realidade do estágio. Estas decisões para além de baseadas em sólidos conhecimentos de caráter científico, técnico, ético ou legal são também fruto de vivências e das experiências profissionais acumuladas.

O trabalho desenvolvido durante a elaboração dos projetos procurou desenvolver formas de raciocínio sistemático capazes de ajudar à resolução de problemas decorrentes das competências comuns do enfermeiro especialista, mas também a resolução dos problemas levantados pela prática clínica com a pessoa em situação crítica.

A utilização da metodologia de projeto para a elaboração do PIS levou à utilização das suas etapas fundamentais: o diagnóstico da situação, a definição de objetivos, o planeamento, a execução e avaliação e a divulgação dos resultados. A utilização da metodologia de processo desenvolve a capacidade de resolução de problemas e da construção da fundamentação da própria argumentação (Ruivo et al., 2010). O mesmo documento refere-se à enfermagem, dizendo que o processo de enfermagem é *“um processo intelectual e deliberado, estruturado segundo etapas logicamente ordenadas (...) visando a melhoria do estado de saúde da pessoa/cliente”* Phaneuf (2001 cit. por Ruivo et al., 2010). A resolução dos problemas relacionados com a prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico passa também pela utilização de metodologia científica, o processo de enfermagem. Os diversos passos por onde passa este processo são fundamentais para garantir a correta prestação de cuidados ao utente. A colheita de dados é fundamental para o restante processo constituindo o alicerce onde as etapas seguintes assentam (Souza, Leite de Barros, Michel, Lima da Nóbrega & Ganzarolli, 2010). A colheita de dados pode ser realizada através de entrevista, da avaliação, física, entre outras técnicas, onde se procura conhecer da forma mais aprofundada possível os utentes nas suas diversas dimensões. O diagnóstico de enfermagem, tal como é preconizado pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) é um *“rótulo atribuído por um enfermeiro que toma uma*

decisão acerca do doente ou cliente após a avaliação” (O.E., 2009, p.14) que está de acordo com os catálogos emitidos pela mesma organização. As intervenções de enfermagem são assumidas como as ações realizadas em resposta a diagnósticos de enfermagem (O.E., 2009). Estas ações deverão ser baseadas em evidência científica, sendo esta entendida como o conhecimento, explícito e criterioso que pode ser dado uso para tomar decisão sobre o cuidado individual do utente.

As intervenções de enfermagem com base em evidência científica e praticadas com base em metodologia comprovadamente reconhecidas proporcionam uma prática mais segura e que vão ao encontro dos princípios éticos e deontológicos da profissão.

O Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, para além de justificar e fundamentar as suas intervenções na evidência científica, **deverá iniciar, contribuir ou sustentar a investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.**

A utilização do processo de enfermagem na prática clínica, tal como anteriormente foi referenciado, é um processo sistemático que utiliza as habilidades preceptivas, cognitivas e do conhecimento para propor ao utente intervenções com vista a dar resposta às necessidades afetadas. Diz Fortin (2003) que a investigação tem um papel fundamental no estabelecimento de uma base científica que guie os profissionais na prática quotidiana. Diz a O.E. (2006) que o conhecimento gerado pela investigação é utilizado na prática de cuidados com base na evidência e com a finalidade de otimizar os ganhos em saúde para as populações, famílias e pessoas.

Nem toda a evidência produzida é igualmente útil, diz o ICN (2012), assim a evidência com base na utilização de métodos sistemáticos de recolha e análise da informação, tem uma maior ponderação na tomada de decisão. O mesmo documento informa que, diferentes tipos de evidência nem sempre são os mais adequados para determinadas questões em concreto, tornando necessária a escolha da informação adequada para a situação. Essa escolha é também um processo sistemático cujo seu início é uma pergunta sobre uma lacuna do conhecimento. O método sugerido pelo ICN (2012) tem a mnemónica PICO de:

- Problema, o utente, a população ou a condição em estudo;
- A Intervenção que se está a considerar;
- A Comparação com a intervenção existente atualmente;
- Os resultados que interessam (Outcomes).

Os estudos de investigação são diferentes conforme a finalidade a que se destinam, no entanto e independentemente da metodologia aplicada, “*toda a evidência tem os seus pontos fortes e fracos*” (ICN, 2012, p.13) a questão que se coloca é se o método foi adequado ao estudo e se foi aplicado de forma rigorosa. Outro problema associado à procura de evidência é a grande quantidade de informação disponível, alguma das quais com aspetos contraditórios, que torna a pesquisa demorada, cara e que exige um conjunto de competências específicas. Este trabalho é geralmente elaborado por universidades ou entidades especializadas na produção de guidelines, revisões sistemáticas e revisões críticas (ICN, 2012). A revisão sistemática agrupa toda a literatura sobre determinado tema, a revisão crítica agrupa um número de estudos e realiza um resumo da evidência para uma determinada área de estudo; por sua vez a guideline junta a melhor evidência sobre um determinado assunto e desenvolve orientações práticas para os profissionais (ICN, 2012).

A utilização do produto da evidência permitiu o desenvolvimento dos projetos propostos. O PAC motivou a busca e a utilização das melhores soluções na prestação de cuidados aos doentes críticos, nomeadamente com patologias cardiovasculares e cerebrovasculares. O PIS obrigou à busca de conhecimentos oriundos da área da gestão, em particular da gestão de recursos humanos para a compreensão dos fenómenos da socialização do indivíduo na organização. Mas também e através do desenvolvimento da metodologia de projeto houve a intenção de fazer evoluir a prática e melhorar o programa de socialização de novos enfermeiros na tentativa de melhorar o desempenho individual e da equipa.

O Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve revelar competência na **análise diagnóstica, no planeamento, a realizar intervenções, na avaliação da formação de pares e de colaboradores e ser capaz de integrar a formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em saúde e em enfermagem em particular**. A competência do mestre, relacionada com a formação, foi especialmente tida em conta no processo de construção, execução

e avaliação da apresentação do programa de socialização de novos enfermeiros no SUG do Hospital X. Esta apresentação foi integrada nas atividades de formação em serviço do SUG.

A formação em contexto de trabalho tem a capacidade de fazer a ligação entre a teoria e a prática, através da interação entre as pessoas e a situação. Os processos de formação são diversos, e tal como já foi referido apresenta-se nas vertentes dos processos formais, não formais e informais. Os processos de formação em contexto de trabalho, distanciam-se dos formais pela não conferência de qualquer título e por não decorrer em instituições formais de ensino. Estamos então no domínio da formação não formal que apesar de realizada fora de organizações legalmente direcionadas para o ensino, são estruturadas, organizadas e orientadas distanciando-se desta forma dos processos informais da formação (Pinto, 2007).

A existência de um programa de formação em serviço vai de encontro às rápidas mudanças na área da saúde, que se traduzem na necessidade de adaptar processo de trabalho e as competências que são fundamentais para o desempenho de uma formação, diz d'Espiney (2003, cit. por Santos, 2008). A necessidade de atualização sentida na enfermagem resulta do seu caráter eminentemente prático. As práticas de formação em serviço estão em linha com o escrito por Santos (2008, p.22) que diz *“é no contexto de trabalho que se corrigem e reforçam comportamentos através da consolidação de saberes e de experiências de cada um e que se encontram dispersos”*. A formação em serviço funciona como vetor de aprofundamento e desenvolvimento de competências, que têm como base a resolução de problemas decorrentes de situações de trabalho e que conduzem à prestação de cuidados eficazes e eficientes.

Durante o estágio as competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica e do Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica foram desenvolvidas em simultâneo recorrendo aos dois projetos propostos o PIS e o PAC. As dimensões do mestre e do especialista, são complementares buscando o desenvolvimento pessoal aos níveis que são preconizados para a profissão de enfermagem, a prestação de cuidados dentro dos critérios específicos da área de conhecimento da Enfermagem Médico-Cirúrgica e procurando que esta seja caracterizada pelo cumprimento de aspetos éticos e legais, no domínio da

melhoria da qualidade dos cuidados e da manutenção do ambiente terapêutico seguro, na gestão dos cuidados demonstrando a necessária capacidade de liderança de equipas tendo como pano de fundo a resposta da equipa de enfermagem na perspetiva da qualidade dos cuidados, ao nível das aprendizagens das técnicas instrumentais e relacionais, próprias e da equipa e de acordo com a evidência científica que melhor se adapte às circunstâncias onde os cuidados são prestados.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relatório permitiu-nos refletir sobre o trabalho efetuado durante os estágios e a forma como decorreram os projetos.

A metodologia de projeto tem uma componente eminentemente prática, buscando a resolução de problemas reais de uma organização ou serviço e possibilita em simultâneo a aquisição e o desenvolvimento de competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica e do Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Iniciamos este trabalho pela apresentação do contexto teórico do mesmo, buscando fundamentos para sustentar o trabalho a ser construído. Os projetos desenvolvidos assentaram nos conhecimentos produzidos pela teórica da enfermagem Madeleine Leininger e a sua Teoria de Médio Alcance sobre o Cuidar Transcultural, que aponta os caminhos para a prestação de cuidados culturalmente sensíveis, num serviço que presta cuidados de enfermagem a utentes em situação crítica num contexto de diversidade cultural. Refletimos posteriormente sobre as formas de aprendizagem, nos seus diferentes contextos. Analisamos os conhecimentos sobre as competências, o seu desenvolvimento e aquisição e recorrendo ao modelo de desenvolvimentos de competências de Patricia Benner foi procurado compreender o percurso que os profissionais de enfermagem desde o início do seu desempenho enquanto iniciado até ao mais elevado nível de prestação de cuidados enquanto perito. Tendo como base este contexto apresentamos as principais ideias sobre a socialização de novos elementos numa organização, reflexão essa, que proporciona a construção do artigo que se apresenta em apêndice (APÊNDICE XXI) e que resultou da pesquisa desenvolvida para a compreensão e contextualização destes fenómenos no âmbito do PIS.

O PIS foi estruturado de acordo com as fases metodologicamente estabelecidas, desde a avaliação diagnóstica da realidade do local de intervenção, ao planeamento das atividades, à sua execução e finalmente à avaliação, que neste caso em particular passou pela recetividade do projeto, em relação ao programa de integração dos novos enfermeiros do serviço alvo de intervenção. Foi também importante, perceber que dos objetivos traçados pelo planeamento do PIS e do

PAC foram todos cumpridos, excetuando a realização do estudo de caso clínico de um utente em situação crítica do foro da traumatologia, porque não houve qualquer admissão nessa circunstância.

Os aportes teóricos durante todo o curso, mas com especial relevos no último semestre, foram fundamentais para o desenvolvimento dos projetos, desde os módulos cujos conteúdos proporcionaram luz sobre a metodologia de projeto, passando por aqueles que objetivaram o desempenho técnico junto da pessoa em situação crítica ou ainda aqueles que levaram à compreensão dos processos de crise e de maior sofrimento, onde é necessário um maior acompanhamento quer do próprio quer da família.

Este relatório permitiu a reflexão sobre a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, tal como ela vem descrita pela Ordem dos Enfermeiros nas suas competências específicas e comuns. Foi possível crescer no campo da prestação de cuidados ao utente instável e com falência de órgãos e sujeito a protocolos de complexos, cujo acompanhamento é fundamental para o seu bem-estar e da família e daqueles que o rodeiam. Da mesma forma foi possível desenvolver as competências no âmbito da responsabilidade ética, legal e profissional; na melhoria contínua da qualidade; no domínio da gestão dos cuidados e das equipas e no que diz respeito aos aspetos das aprendizagens profissionais.

O relatório foi também o tempo de refletir sobre o desenvolvimento das competências do mestre na perspetiva da conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem; na capacidade de desenvolver de forma autónoma processos de aprendizagem ao longo da vida; na dinamização da equipa multidisciplinar com a intenção da resolução de problemas dentro da área de competência; para desenvolver a capacidade de tomada de decisão e raciocínio através da argumentação ética, legal e científica fundamentada em evidência científica que o mestre deve contribuir, sustentar e promover. Foi ainda possível planejar, executar e avaliar a formação de pares para a realização da sessão pública de apresentação do processo integração de novos elementos fruto da necessidade sentida de divulgar o trabalho efetuado junto da equipa e com reflexos para ela própria.

O trabalho efetuado não foi isento de dificuldades inerentes ao próprio processo de aprendizagem. A maior dificuldade foi o cumprimento dos tempos previstos para a execução do projeto, a dependência de outros na resposta à análise das versões do manual, que condicionaram os prazos previstos para a conclusão do trabalho e sobre o tempo de reflexão sobre as alterações necessárias a cada passo de revisão do manual, guia e construção do projeto de intervenção no serviço. O projeto de desenvolvimento de competências clínicas não foi também realizado na sua totalidade por não ter existido qualquer utente admitido em situação crítica com patologia do foro da traumatologia, onde se previa a realização de um estudo de caso.

Este relatório é a parte final de um processo de formação, no entanto não é o fim da aprendizagem, que cada vez mais se quer ao longo da vida nas suas diferentes dimensões. Os saberes são dinâmicos e os profissionais têm que ter capacidade de adaptação a novas realidades, novas formas de organizar o trabalho e novas perspetivas de a sociedade encarar a saúde, os cuidados de saúde e o trabalho de enfermagem. Este programa de formação foi acima de tudo uma reflexão dos cuidados desenvolvidos estágiofoi a possibilidade de conhecer novas realidades e perspetivas e esta última parte não é uma conclusão, são sim considerações finais, porque falta o grande trabalho, que é aquele que é feito em contato com os utentes e na equipa multidisciplinar na busca da cada vez melhor prestação de cuidados àqueles que nos procuram na esperança de ajuda.

BIBLIOGRAFIA

Abreu, W. (s.d.). Supervisão clínica em Enfermagem: Pensar as práticas, gerir a informação e promover a qualidade. Consultado em 29 de outubro 2012 através de <http://lusomed.sapo.pt/Xn320/367168.html>

Administração Regional de Saúde do Algarve (2008). Precauções de isolamento. Consultado em 2 de setembro de 2012 através de http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=84&limit=15&order=hits&dir=DESC&Itemid=164&lang=pt

Aguiar, V. Medeiros, C. (2009). Entrevistas na pesquisa social: o relato de um grupo de foco nas licenciaturas. Consultado em 21 de setembro 2005 através de http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/3041_1475.pdf

Alarcão, I., Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*. Acedido em 1 de setembro, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>

Alligood, M. Tomey, A. (2004). Introdução à teoria de enfermagem: história, terminologia e análise. In: Alligood, M. Tomey, A. *Teóricas de enfermagem e sua obra (modelos e teorias de enfermagem)*. (5ª ed.). (pp. 2-14). Loures: Lusociência.

Alves, M. (2010). A educação no contexto das sociedades e das políticas centradas na aprendizagem ao longo da vida: construção teórico-metodológica de um projecto de pesquisa. In Alves, M. (Ed.). *Aprendizagem ao longo da vida em políticas educativas europeias: tensões e ambiguidades nos discursos e nas práticas de estados, instituições e indivíduos*. (1ª ed.). (pp. 5-23). Caparica: Unidade de Investigação Educação e Desenvolvimento.

Ambrósio, T. (2001). Educação e desenvolvimento. I Contributo para uma mudança reflexiva da educação. S.I. Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências e Tecnologia. Unidade de Investigação Educação e Desenvolvimento.

Amendoeira, J. (2000). Cuidado de enfermagem. Intenção ou acção. O que pensam os estudantes. *Revista Nursing*. Acedido em 17 de Agosto de, 2012, em <http://184.182.233.150/rid=1HVNTRWWM-4W3L6W-1P99/CUIDADO%20ENFERMAGEM.pdf>

Anderson-Ashcraft, M. (2002). Mentoring perceptions in the military. Consultado em 5 de setembro de 2012 através de <http://www.dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/a401070.pdf>

Autoridade Nacional de Proteção Civil (2009). Manual de Apoio à Elaboração de Planos de Emergência Externos (Directiva “Seveso II”). Consultado em 1 de março de 2013 através de <http://www.proteccaocivil.pt/cadernos/7.pdf>

Bandeira, R. (2008). Medicina de Catástrofe: Da exemplificação histórica à iatroética. Editora da Universidade do Porto: Porto.

Bardin, L. (1995). Análise de conteúdo. Lisboa: edições 70.

Barone, B., et al. (2007). Cetoacidose Diabética em Adultos – Atualização de uma Complicação Antiga. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*. Acedido em 10 de outubro, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/abem/v51n9/03.pdf>

Bastos, C., Saraiva, M. (2013). Qualidade dos cuidados de enfermagem e a Norma ISO – Aplicação empírica no Hospital Cuf Infante Santo. *Revista TMQ*. Consultado em 28 de fevereiro de 2013 através de http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/3643/1/artigo_carmen_MS_final.pdf

Benner, P. (2001). De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem (edição comemorativa). Coimbra: Quarteto editora.

Botti, S., Rego, S. (2008). Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: quais são seus papéis? *Revista brasileira de educação médica*. Acedido a 25 de abril de, 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a11.pdf>

Braga, C. (1997). Enfermagem transcultural e as crenças do povo cigano. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de S. Paulo*. Acedido em 18 de Março, 2012, em <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/394.pdf>

Brissos, M. A., (2004). O planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao sector da saúde. *Revista portuguesa de saúde pública*. Acedido em 6 de setembro, 2012, em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-05-2004.pdf>

Brykczynski, K. (2004). De principiante a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. In: Tomey, A & Alligood, M.. Teóricas de enfermagem e sua obra. Modelos e teorias de enfermagem (5ª ed.). (pp. 185-207). Loures: Lusociência.

Caetano, A., Velada, R. (2007). O problema da transferência na formação profissional. In: Caetano, A. *Avaliação da formação. Estudos em organizações portuguesas*. (p.19-37). Lisboa: Livros Horizonte.

Campos de Carvalho, E., et al. (2008). Relações entre a coleta de dados, diagnósticos e prescrições de enfermagem a pacientes adultos de uma unidade de terapia intensiva. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. Acedido a 28 de outubro de, 2012, em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_08.pdf

Carneiro, R. (2000). 2020: 20 Anos para Vencer 20 Décadas de Atraso Educativo Síntese do Estudo. Consultado em 17 de agosto 2012 através de http://www.carloscorreia.net/livros/20_anos_atraso.pdf

Centers for Disease Control and Prevention (2012). *Diabetes Report Card 2012*. Consultado em 29 de outubro 2012 através de <http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/pdf/DiabetesReportCard.pdf>

CHBA (2012). Relatório de atividades da Comissão de Controlo da Infecção de 2011. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Certitecna – Engenheiros consultores, SA (2011). Plano de segurança interno da unidade Hospitalar de Portimão do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

César, A. (2010). Clostridium difficile – prevenção e controlo. (Dissertação de Mestrado). Porto. Universidade do Porto, Faculdade de Medicina do Porto.

CHBA (2007). Organograma do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE. Consultado em 1 de setembro 2012 através de http://www.chbargarvio.min-saude.pt/Downloads_HSA/CHBAIlg/Organograma/organograma-novo.pdf

CHBA (2011). Relatório de contas: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE: 2010. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

CHBA (s.d.). História. Consultado em 4 de setembro 2012 através de http://www.chbargarvio.min-saude.pt/Centro_Hospitalar/Historia/?sm=1_0

Chiavenato, I. (2002). Teoria geral da administração – volume II. (6ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Campus.

Cocchi, M., Kimlin, E., Walsh, M., Donnino, M. (2007). Identification and Resuscitation of the Trauma Patient in Shock. Emergency Medicine Clinics of North America. Acedido em 27 de outubro, 2012, em <http://www.sassit.co.za/Journals/Trauma/Physiology/ID%20resus%20shock%20in%20trauma%20EMCNA.pdf>

Collière, M. (1999). Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. (3ªed.) Lisboa: Lidel - Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Comissão das Comunidades Europeias (2000). Memorando sobre aprendizagem ao longo da vida. Consultado em 21 de agosto 2012 através de http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/doc/policy/memo_pt.pdf

Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Algarve (2006). Estratégia de Desenvolvimento do Algarve 2007- 2013. Consultado em 31 de agosto 2012 através de http://www.ccdr-alg.pt/ccdr/parameters/ccdr-alg/files/File/documentos/poalgarve21/Estrategia_Algarve_2007-13.pdf

Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Algarve (2011). Turismo. *Algarve conjuntura. Boletim trimestral nº 10*. Acedido em 31 de agosto, 2012, em http://www.ccdr-alg.pt/ccdr/parameters/ccdr-alg/files/File/upload//Publicacoes/Algarve_Conjuntura/Boletim_4T.pdf

Conselho da Europa, (2000). Mochila pedagógica | T – Kit n.º 3. Gestão de projectos. Consultado em 21 de setembro 2005 através de http://youth-partnership-eu.coe.int/youth-partnership/documents/Publications/T_kits/3/Portuguese/T-Kit3_po.pdf

Conselho Internacional de Enfermeiros (2012). Combater a desigualdade: da evidência à ação. Consultado em 30 de Outubro 2012 através de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/IND%20Kit%202012%20FINAL%20Portugu%C3%AAs_VFinal_correto.pdf

Conselho Português de Ressuscitação (2010). Recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation Council. Consultado em 27 de outubro de 2012 através de http://www.reanima.pt/fotos/gca/recomenderc2010port_1287960338.pdf

Costa, J. (1999). Método e percepção de cuidar em enfermagem. (Dissertação de Mestrado). Porto. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Costa, J. (2004). Métodos de prestação de cuidados. Consultado em 20 de Junho 2012 através de <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>

Coutinho, C., Chaves, J. (2002). O estudo de caso na investigação em tecnologia educativa em Portugal. *Revista portuguesa de educação*. Acedido em 27 de outubro, 2012, em <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/374/37415111.pdf>

Cunha, L. (2007). Modelos Rasch e Escalas de Likert e Thurstone na medição de atitudes. (Dissertação de Mestrado). Lisboa. Universidade de Lisboa, Faculdade de Ciências, Departamento de Estatística e Investigação Operacional.

Deakin, C. et al. (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 4. Adult advanced life support. *Resuscitation Journal*. Acedido em 27 de outubro, 2012, em http://reanecy.org/documents/Reanimation_Bibliographie/HEMODYNAMIQUE%20CARDIO/ACC/2010%20european-resuscitation-council-guidelines-for-resuscitation-2010-section-4-adult-advanced-life-support.pdf

Decreto-Lei N.º 178/2006, de 5 de setembro. Diário da República, N.º 17/2006 - I Série. Lisboa: Ministério do ambiente, do ordenamento do território e do desenvolvimento regional.

Deodato, S. (2010). Supervisão de cuidados: uma estratégia curricular em enfermagem. *Revista percursos*. Acedido a 18 de outubro de, 2012, em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n18.pdf

Despacho N.º 242/96, de 5 de julho de 1996. Diário da República, N.º 187/1996 – II Série. Lisboa: Ministério da Saúde – Gabinete da Ministra.

Despacho nº 18 459/2006 de 12 de setembro. *Diário da República nº 176/2006 - I Série A*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção Geral de Saúde (2007). Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (2010). Orientação de boa prática para a higiene das mãos nas unidades de saúde. Documento de apoio. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (2012). Programa Nacional de Combate à Tuberculose. Ponto da Situação Epidemiológica e de Desempenho. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (2012a), Programa nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares. Orientações programáticas. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Regional de Saúde dos Açores (s.d.). Programa regional de prevenção e controlo das doenças cérebro – cardiovasculares. Consultado em 8 de outubro 2012 através de http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/58E1085F-3CBD-45C7-9A79-061B97D27317/393610/ProgramaCerebrocardiovascular04_12_20091.pdf

Direcção-Geral do Ensino Superior (2012). Ciclo de estudos conducente ao grau de mestre. Consultado em 31 de outubro 2012 através de <http://www.dges.mctes.pt/NR/rdonlyres/7F9240C8-7785-47B8-A0F1-731EEE152812/5919/DGESCursosalunosMest17FEV2012.pdf>

Duarte, J. (2008). Estudos de caso em educação. Investigação em profundidade com recursos reduzidos e outro modo de generalização. *Revista Lusófona de educação*. Acedido em 27 de outubro, 2012, em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rle/n11/n11a08.pdf>

Entidade Reguladora da Saúde (2009). Consentimento informado – relatório final. Consultado em 26 de fevereiro de 2013 através de http://www.esscvp.eu/cbio/legisl/CONSENTIMENTO_INFORMADO_-_ENTIDADE_REGULADORA_DA_SADE.pdf

Escola Secundária José Belchior Viegas, (s.d.). Técnicas de trabalho. Organizar dossiers temáticos. Consultado em 21 de outubro 2012 através de http://www.rbe.min-edu.pt/news/newsletter3/como_organizar_dossiers_tematicos.pdf

ESO (2008). Recomendações para o tratamento do AVC Isquémico e do Acidente Isquémico Transitório. 2008. Consultado em 8 de outubro 2012 através de http://www.eso-stroke.org/pdf/ESO08_Guidelines_Portuguese.pdf

EUSI, (2003). AVC Isquémico. Profilaxia e tratamento. Informação para médicos hospitalares e medicina ambulatória. Recomendações 2003. Consultado em 8 de outubro 2012 através de http://www.eso-stroke.org/pdf/EUSI_recommendations_flyer_portugal.pdf

Faria, S. (2007). Supervisão clínica na enfermagem no caminho da excelência dos cuidados. Consultado em 25 de abril 2013, através de http://www.forumenfermagem.org/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=2959

Ferreira, J., Neves, J., Abreu, P. & Caetano, A. (1996). Psicossociologia das organizações. Alfragide: McGraw Hill.

Ferreira, M. (2004). Formar melhor para um melhor cuidar. *Millenium*. Acedido a 28 de outubro de, 2012, em <http://www.ipv.pt/millenium/millenium30/10.pdf>

Fonseca, A., Sebastião, C., Martins, F., Ribeiro, M., Calheiros, I., Lito, L., et al. (2004). Orientações para a elaboração de um manual de boas práticas em bacteriologia. S.l.: Instituto Nacional de Saúde, Dr. Ricardo Jorge, Observatório Nacional da Saúde.

Fonseca, P. (2012). Guia para a redação de relatórios. Consultado em 14 de agosto 2012 através de <http://sweet.ua.pt/~pf/Documentos/Guia%20redacao%20relatorios.pdf>

Fortin, M. F., (2003). O processo de investigação: Da concepção à realização. (3ª ed.). Loures: Lusociência.

Freitas, M. & Carmona, E. (2011). Estudo de caso como estratégia de ensino do Processo de Enfermagem e do uso de linguagem padronizada. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Acedido em 27 de outubro, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a25.pdf>

Frost, P. (2007). Recognition and early management of the critically ill ward patient. *British Journal of Hospital Medicine*. Acedido em 27 de outubro, 2012, em <http://www.ucl.ac.uk/anaesthesia/StudentsandTrainees/RecogniseCriticalIllness.pdf>

Garcia, T., Nóbrega, M. (2009). Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. Acedido a 28 de fevereiro de, 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26>

George, J. (2000). Madeleine M. Leininger. In: George, J. Teorias de enfermagem. Os fundamentos à prática profissional (4ª edição). (pp. 297-309). Porto Alegre: Artmed Editora.

Gomes, A. (2010). O cuidador e o doente em fim de vida – família e/ou pessoa significativa. *Enfermería Global*. Acedido a 27 de outubro de, 2012, em http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/pt_revision3.pdf

Gómez-Mejía, L., Balkin, D. & Cardy, R. (2000). Gestión de recursos humanos. (6ª ed). Madrid: Prentice Hall.

Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira (1990), Volume X, Editorial Enciclopédica, Limitada, Lisboa, Rio de Janeiro, (pp. 303).

Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira (1990a), Volume XIII, Editorial Enciclopédica, Limitada, Lisboa, Rio de Janeiro, (pp. 377).

Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira (1990b), Volume XVI, Editorial Enciclopédica, Limitada, Lisboa, Rio de Janeiro, (pp. 154).

Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira (1990c), Volume XII, Editorial Enciclopédica, Limitada, Lisboa, Rio de Janeiro, (pp. 871-872).

Gregório, A. C. (2008). Impacto das estratégias de saúde na organização do plano de contingência da pandemia de gripe do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. (Dissertação de Mestrado). Faro. Universidade do Algarve, Faculdade de economia.

Gregório, A., Pires, P. (2011). Projeto de elaboração do plano de emergência externa do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. Portimão.

Grupo Português de Triagem, (s. d.). Triagem de Prioridades na Urgência. Sistema de Manchester. Consultado em 20 de setembro 2012 através de <http://pt.scribd.com/doc/23680912/Documento-explicativo-Triagem-Manchester>

HDF, EPE, 2012. Ministro da saúde visita unidades e elogia ausência de camas nos corredores dos internamentos. Consultado em 21 de setembro 2012 através de http://www.hdfaro.min-saude.pt/site/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=763

Hospital Sírio-Libanês (2011). Protocolo de diagnóstico e tratamento do paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI) agudo. Consultado em 21 de outubro 2012 através de <http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/sociedade-beneficente-senhoras/Documents/protocolos-institucionais/protocolo-AVCI.pdf>

Instituto do Emprego e Formação Profissional (1991). Avaliação na formação profissional. Técnicas e instrumentos. (3.^a edição). Lisboa: Instituto do Emprego e Formação Profissional.

Instituto Nacional de Estatística (2010). Elementos estatísticos. Informação geral. Saúde /2008. Consultado em 29 de outubro 2012 através de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013685.pdf>

Instituto Nacional de Estatística (2011). Anuário Estatístico da Região Algarve 2010. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Instituto Nacional de Estatística (2011a). Anuário Estatístico de Portugal 2010. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Instituto Nacional de Estatística (2011c). Resultados provisórios census 2011. Consultado em 31 de Agosto 2012 através de http://www.ine.pt/scripts/flex_provisorios/Main.html

Keating, J. (2007). A natureza da função de gestão de recursos humanos. In: A. Caetano & J. Vala. Gestão de recursos humanos. Contextos, processos e técnicas (3ª ed.). (pp. 101-116). Lisboa: Editora RH.

Ketele, J. M., Roegiers, X. (1999). Metodologia da recolha de dados. Fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas e de estudos de documentos. Lisboa: Instituto Piaget.

Leal, R. (2005). Planejamento de ensino: peculiaridades significativas. La *Revista Iberoamericana de Educación*. Acedido em 10 de outubro, 2012, em <http://www.rieoei.org/deloslectores/1106Barros.pdf>

Leandebal, O., Fontes, W., Silva, C. (2010). Ensino do processo de enfermagem: planejamento e inserção em matrizes curriculares. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de S. Paulo*. Acedido a 28 de outubro de, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a27v44n1.pdf>

Lei N.º 2/2009, de 12 de fevereiro. Diário da República N.º 30 – I Série. Lisboa. Assembleia da República.

Lei n.º 27/2006, de 3 de Julho. Diário da República N.º 126 – I Série A. Lisboa: Assembleia da República.

Lei N.º 33/2009 de 14 de Julho. Diário da República N.º 134 - I Série. Lisboa: Assembleia da República.

Lei n.º 7/2009 de 12 de Fevereiro. Diário da República nº 30/2009 - I Série A. Lisboa: Assembleia da República.

Lei n.º 99/2003, de 27 de agosto. Diário da República N.º 197/2003 - I Série A. Lisboa: Assembleia da República.

Leite, I. (2009). Ventilação Mecânica: princípios em Enfermagem. Consultado em 21 de outubro 2012 através de <http://nursingroom.files.wordpress.com/2010/02/ventilacao-mecanica.pdf>

Lino, C., Augusto, K., Oliveira, R., Feitosa, L. Caprara, A. (2011). Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. *Revista brasileira de educação médica*. Acedido a 28 de outubro de, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n1/a08v35n1.pdf>

Lisboa, M. E. & Duarte, R. (2002). Classificação e diagnóstico da diabetes. In: Duarte, R., et al. Diabetologia clínica. (3ª ed.). (pp. 25-42). Lisboa: Lidel – edições técnicas.

Lotra, V. (2007). A conspiração do silêncio nas más notícias – o aparente obstáculo intransponível. *Revista percursos*. Acedido a 27 de outubro de, 2012, em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n6_dez2007.pdf

Macedo, A., Santos, A., Rocha E., Perdigão, C. (2008). Percepção da doença cardíaca e cerebral e dos factores de risco cardiovasculares em Portugal: estudo AMALIA. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. Acedido em 8 de outubro de, 2012, em <http://www.spc.pt/DL/RPC/artigos/934.pdf>

Marques, N. et al. (2012). Impacto da via verde coronária e da angioplastia primária na redução da mortalidade associada ao enfarte com elevação do segmento ST anterior. A experiência algarvia. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. Acedido a 18 de outubro de, 2012, em http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90155874&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=334&ty=57&accion=L&origen=elsevierpt%20&web=http://www.elsevier.pt&lan=pt&fichero=334v31n10a90155874pdf001.pdf

Martins, J.C. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12 (2), 62-66.

Martins, L. (2006). Final de vida. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. Acedido a 27 de outubro de, 2012, em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_20_Janeiro_2006.pdf

Matthews, J. (2008). Nursing ethics decision making algorithm. Consultado em 2 de novembro 2012 em http://www.brocku.ca/webfm_send/14932

Medeiros, L., Lustrosa, M. (2011). A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. Acedido a 28 de outubro de, 2012, em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n2/v14n2a13.pdf>

Milani, N., Mosquin, E., & Michel, M. (2008). Uma breve análise sobre os conceitos de organização e cultura organizacional. *Revista científica eletrônica de administração*. Acedido, em 20 de outubro, 2012, em <http://www.revista.inf.br/adm14/pages/resenhas/ADM-edic14-anoviii-nota01.pdf>

Monteiro da Cruz, D., Pimenta, C. (2005). Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. Acedido a 28 de outubro de, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a17.pdf>

Mosquera, P. (2007). Integração e acolhimento. In: A. Caetano & J. Vala. Gestão de recursos humanos. Contextos, processos e técnicas (3ª ed.). (pp. 301-324). Lisboa: Editora RH.

Norma da Direção Geral de Saúde n.º 2 (2012). Diagnóstico e classificação da Diabetes Mellitus. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Norma de Procedimento de Enfermagem N.º 2/XII/E, (2010). Registos de enfermagem. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Norma de Procedimento de Enfermagem N.º 8/XII/E, (2010). Cuidados post-mortem (3ª versão). Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Norma de Procedimento N.º 1/I/S do CHBA (2010). Recomendações para a prevenção da transmissão nosocomial da tuberculose. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Norma de Procedimento N.º 1/IV/H do CHBA (2010). Classificação e triagem de resíduos hospitalares. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Norma de Procedimento N.º 10/I/S do CHBA, de 20 de julho de 2011. Fardamento assistencial. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Norma de Procedimento N.º 15/I/S do CHBA (2009). Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Norma de Procedimento N.º 19/I/S do CHBA (2011). Recomendações para o tratamento e prevenção da transmissão cruzada de *Clostridium difficile*. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Norma de Procedimento N.º 2/IV/H do CHBA (2010). Classificação e triagem de resíduos hospitalares. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Norma de Procedimento N.º 20/I/S do CHBA (2009). Recomendações para a prevenção da transmissão intra-hospitalar de *acinetobacter baumannii* multiresistente e outros bacilos gram negativos não fermentativos. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Norma de Procedimento N.º 22/I/S do CHBA (2011). Recomendações de boa prática para a higiene das mãos no CHBA. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Norma de Procedimento N.º 3/I/S do CHBA (2011). Isolamentos. Precauções básicas e precauções baseadas nas vias de transmissão. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Norma de Procedimento N.º 7/I/S do CHBA (2011). Controlo e prevenção de surtos de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Nunes, L. (1995). *O que queremos dizer quando falamos de ética?* Acedido em 2 de Dezembro, 2011, em http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/oquequeremosdizerquandofalamosdeetica.pdf

Nunes, L. (1995). *O que queremos dizer quando falamos de ética?* Acedido em 2 de novembro, 2012, em http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/oquequeremosdizerquandofalamosdeetica.pdf

Nunes, L. (s.d.). *Perspectiva ética da gestão do risco: caminhos para cuidados seguros.* Acedido em 1 de março, 2013, em http://conversamos.files.wordpress.com/2007/11/perspectivaeticarisco_cuidados-seguros_In.pdf

Nunes, L.; Ruivo, M.; Lopes, J. (2010). Mestrado em Enfermagem. Guia de Curso. 1º Semestre. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal.

Nunes, L.; Ruivo, M.; Lopes, J. (2011). Guia orientador dos estágios. 2º e 3º semestres. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal.

Nunes, L.; Ruivo, M.; Lopes, J. (2011a). Guia de curso. 3º semestre. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal.

Nunes, F., Vala, J. (2007). Cultura organizacional e gestão de recursos humanos. In: A. Caetano & J. Vala. Gestão de recursos humanos. Contextos, processos e técnicas (3ª ed.). (pp. 119-149). Lisboa: Editora RH.

Oliveira, A., André, S. (2010). Enfermagem em Saúde Ocupacional. *Millenium*. Acedido em 1 de outubro, 2012, em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium41/8.pdf>

Oliveira, P. (2010). Auto-eficácia específica nas competências do Enfermeiro de cuidados gerais: percepção dos estudantes finalistas do curso de licenciatura em enfermagem. (Dissertação de Mestrado). Porto. Universidade Portucalense Infante D. Henrique. Departamento de Ciências de Educação e do Património.

Ordem dos Enfermeiros (2004). Competências dos enfermeiros de cuidados gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2009). Código deontológico. Inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. Consultado em 17 de Agosto 2012 através de <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos enfermeiros (2009a). Linhas de orientação para a elaboração de catálogos CIPE. Consultado em 29 de Outubro 2012 através de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf

Ordem dos enfermeiros (2010). Investigação em enfermagem. Tomada de Posição. Consultado em 29 de Outubro 2012 através de http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Ordem dos enfermeiros (2010). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Consultado em 19 de Agosto 2012 através de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos enfermeiros (2010a). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Consultado em 19 de Agosto 2012 através de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

Ordem dos enfermeiros (2010b). Regulamento da individualização das especialidades clínicas de enfermagem. Consultado em 29 de Outubro 2012 através de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_individualizacao_especialidades.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Consultado em 17 de Agosto 2012 através de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_EstatutoOE_2011.pdf

Oriá, M. O., Ximenes, L.B., Pagliuca, L. M. (2007). Sunrise Model: análise a partir da perspectiva de Afaf Meleis. *Revista de enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro*. Acedido em 8 de setembro, 2012, em <http://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a21.pdf>

Orientação Técnica de Enfermagem n.º 1/E/OT, (2009). Escala de Transferências de Doentes Urgentes/Emergente (5ª versão). Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Panucci-Filho, F., Santos, C. & Almeida, L. (2011). Vantagens e desvantagens sobre a aprendizagem percebidas pelos alunos de graduação do ensino presencial mediado com o powerpoint™: um estudo exploratório. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*. Acedido em 10 de outubro, 2012, em <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/551/55119880006.pdf>

Pereira, M. (2005). Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Revista Texto & Contexto-Enfermagem*. Acedido a 27 de outubro de, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a04v14n1.pdf>

Peres, D. (2007). Caracterização Epidemiológica do *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) num Hospital Distrital do Grande Porto e sua percepção pelos Profissionais de Saúde. (Dissertação de Mestrado). Porto. Universidade do Porto, Faculdade de Medicina do Porto e Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Pimenta, S. (2010). A enfermagem e o sofrimento espiritual do doente em fase final de vida. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Pinto, E. (2010). Apresentação clínica do síndrome coronário agudo no serviço de urgência. (Dissertação de Mestrado). Porto. Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Pinto, L. (2005). Sobre a educação não-formal. Cadernos d'inducar. Consultado em 20 de agosto 2012 através de <http://www.inducar.pt/webpage/contents/pt/cad/sobreEducacaoNF.pdf>

Pinto, L. (2007). Educação não-formal. Um contributo para a compreensão do conceito e das práticas em Portugal. (Dissertação de Mestrado). Lisboa. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

Pinto, P. (2008). A Gestão Integrada dos Recursos Humanos. Integração e acolhimento. Consultado em 22 de outubro de 2012 através de http://prof.santana-e-silva.pt/EGI_grh/trabalhos_08_809/Word/Integra%C3%A7%C3%A3o%20e%20Acolhimento.doc.pdf

Pires, A. (2002). Educação e formação ao longo da vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências. (Dissertação de Mestrado). Lisboa. Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências e Tecnologia.

PME negócios (s.d.). Como fazer uma análise SWOT da sua empresa. Consultado em 2 de setembro de 2012 através de <http://www.pmelink.pt/manuais/planeamento-e-estrategia/como-fazer-uma-analise-swot-da-sua-empresa>

Pontes-Neto et al. (2009). Diretrizes para o manejo de pacientes com hemorragia intraparenquimatosa cerebral espontânea. *Arquivo Neuropsiquiatria*. Acedido em 8 de outubro de, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/anp/v67n3b/34.pdf>

Protocolo de Atuação n.º 54 do CHBA (2007). Colheita de sangue para hemocultura. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Queirós, A. (2007). As Competências dos profissionais de enfermagem: como as afirmar e as desenvolver. Consultado em 17 de agosto 2012 através de http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2770:as-competencias-dos-profissionais-de-enfermagem-como-as-afirmar-e-as-desenvolver&catid=147

Quivy, R., Campenhoudt, L. (2003). Manual de investigação em ciências sociais (3ª ed.). Lisboa: Gradiva.

Rauner, F. (2007). Conhecimento prático e competência profissional. *Revista Europeia de Formação Profissional*, Nº 40. Acedido a 18 de agosto de, 2012, em http://www.cedefop.europa.eu/etv/Upload/Information_resources/Bookshop/468/40_pt_rauner.pdf

Regulamento N.º 18 (2010). Regulamento de espólios. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Ribeiro, R. (2007). Recrutamento e seleção. In: A. Caetano & J. Vala. Gestão de recursos humanos. Contextos, processos e técnicas (3ª ed.). (pp. 265-300). Lisboa: Editora RH.

Rivera-García, P. (1998). Marco Teórico, elemento fundamental en el proceso de investigación científica. Consultado em 22 de abril de 2013 através de http://www.cneq.unam.mx/programas/actuales/especial_maest/1_uas/0/07_material/maestria/12_seminario/archivos/protocoloMarco_teorico.pdf

Rosas, J. (2007). Sociedade multicultural: conceitos e modelos. *Relações Internacionais*, (14), p. 47-56.

Ruivo, M. A., et al. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Revista percursos*. Acedido em 18 de agosto de 2012, em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Ruiz, I., Vázquez, L. & Corzo, J. (2011). Manejo del Síndrome Coronario Agudo en Urgencias de Atención Primaria. *Cadernos de Atencion Primaria*. Acedido a 18 de outubro de, 2012, em http://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL18/vol_1/actua_1_vol18_n1.pdf

Santamaría, J. (2011). Investigación socioeducativa: ¿Qué es el “marco teórico” y el “concepto científico” dentro del proceso general de investigación? *Revista Digital Sociedad de la Información*. Acedido a 22 de abril de, 2013, em <http://www.sociedadelainformacion.com/25/investigacion.pdf>

Santos, E. (2008). Formação em serviço e desenvolvimento profissional: desafios e constrangimentos no processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros. (Dissertação de Mestrado). Faro: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Algarve.

Savater, F. (2005). Ética para um jovem. Lisboa: Dom Quixote.

Schaurich, D.; Crossetti, M. (2010). Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. Acedido a 17 de agosto, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a27.pdf>

Silva P. (s.d.). Inteligência competitiva. Aula 6. Consultado em 2 de setembro de 2012 através de http://www.cin.ufpe.br/~pmr/Gestao/3pIC_Aula6.pdf

Silva, A. (2009). A qualidade do serviço de urgência: percepções dos utentes dos utentes e dos prestadores. (Dissertação de Mestrado). Aveiro: Secção Autónoma de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Aveiro.

Silveira, M. (2011). *Acinetobacter baumannii* em meio hospitalar. (Dissertação de Mestrado). Aveiro: Departamento de Biologia, Universidade de Aveiro.

Sociedade Portuguesa de Diabetologia, (2012). Diabetes: Factos e Números 2011 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.

Souza, M., Leite de Barros, A., Michel, J., Lima da Nóbrega, M., Ganzarolli, M. (2010). Bases teórico-metodológicas para a colheita de dados em enfermagem. In: Leite de Barros, A., Anamnese e exame físico - avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto (2ª edição). (pp. 21-51). Consultado em 29 de Outubro 2012, através de http://www.consultoriadomestica.com.br/cgi-bin/blog/livros/anamnese_examefisico_cap_01.pdf

Streubert, H. J., Carpenter, D. R. (2002). Investigação qualitativa em enfermagem. Avançando o imperativo Humanista (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Tabari-Khomeiran, R., Kiger, A., Parsa-Yekta, Z., Ahmadi, F. (2007). Competence Development Among Nurses: The Process of Constant Interaction. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 38 (5), 211-218.

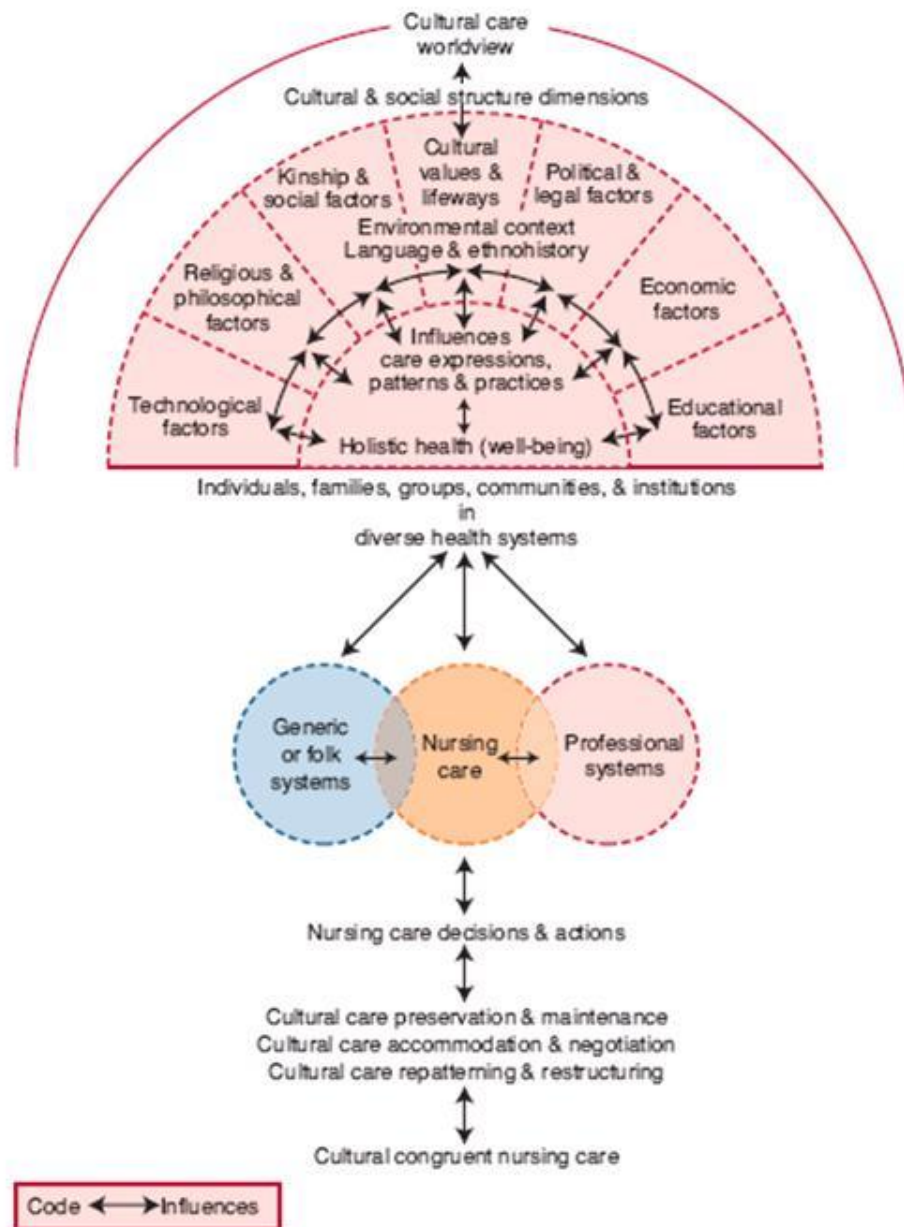
Teixeira, S. (1998). Gestão de organizações. Alfragide: McGraw Hill.

Uchôa, A., Vieira, R., Rocha, P., Rocha, N., Maroto, R. (2012). *Trabalho em equipe no contexto da reabilitação infantil*. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*. Acedido a 28 de outubro de, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a21.pdf>

Welch, A. Z. (2004). Cuidar cultural: teoria da diversidade e da universalidade. In: Tomey, A & Alligood, M. Teóricas de enfermagem e sua obra. Modelos e teorias de enfermagem (5ª edição). (pp. 563-591). Loures: Lusociência.

Wright, L. (2005). Espiritualidade sofrimento e doença: ideias para curar. Coimbra: Ariadne editora.

ANEXOS



Source: Lippincott Williams & Wilkins. Instructor's Resource CD-ROM to Accompany *Psychiatric Nursing: Contemporary Practice*, Third Edition, by MaryAnn Boyd and Diane Schweisguth. 2005

Fonte: <http://n207b.blogspot.pt/2010/07/sunrise-enabler-model.html>

Anexo II

Benefícios e riscos do tutor no processo de socialização

Quadro nº 1 – Benefícios e riscos para o elemento em integração do acompanhamento

Benefícios	Riscos
<p>Psicossociais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suporte afetivo e social facilitador da sua integração na cultura da organização. <p>Funcionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obter informações, sobre a organização e o seu papel, de forma mais rápida; • Apoio técnico personalizado; • Ter um interlocutor experiente com quem pode esclarecer dúvidas. <p>Para a carreira:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usar a influência pessoal do tutor para seu benefício pessoal, nomeadamente na progressão na carreira. 	<p>Psicológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependência excessiva, face ao Tutor atrasando o desenvolvimento da sua autonomia. <p>Funcionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O Tutor pode sobrecarregar o <i>protégé</i> com trabalhos que seriam da sua própria competência. <p>Para a carreira:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O sucesso do <i>protégé</i> se basear no do seu Tutor e, em caso de fracasso deste, reflectir-se na carreira do primeiro; • Os concelhos do Tutor podem não serem os melhores.

Fonte: Mosquera, P. (2007). Integração e acolhimento. In: A. Caetano & J. Vala. Gestão de recursos humanos. Contextos, processos e técnicas (3ª ed.). (pp. 301-324). Lisboa: Editora RH.

Quadro nº 2 - Benefícios e riscos para o tutor pelo acompanhamento da integração de novos elementos

Benefícios	Riscos
<p>Psicológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gratificação por ser útil e solicitado <p>Psico-Sociais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento pelos êxitos atingidos pelo seu <i>protégé</i>; • Espera que o <i>protégé</i> constitua um forte e leal aliado dentro da organização. <p>Funcionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espera que o <i>protégé</i> cumpra as suas funções e seja um empregado muito produtivo. 	<p>Funcionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga de trabalho para o Tutor caso tenha que continuar a desempenhar as suas funções habituais. <p>Para a carreira:</p> <p>Os insucessos do <i>protégé</i> afetarem a reputação do Tutor.</p>

Fonte: Mosquera, P. (2007). Integração e acolhimento. In: A. Caetano & J. Vala. Gestão de recursos humanos. Contextos, processos e técnicas (3ª ed.). (pp. 301-324). Lisboa: Editora RH.



AÇÃO FORMATIVA

FORMADOR: Estudante da Especialidade Jorge Silva

DESTINATÁRIOS: Enf.^{xs} do S.U.

DATA: 04/07/2012 **HORA:** 16H

LOCAL: Auditório

TEMA

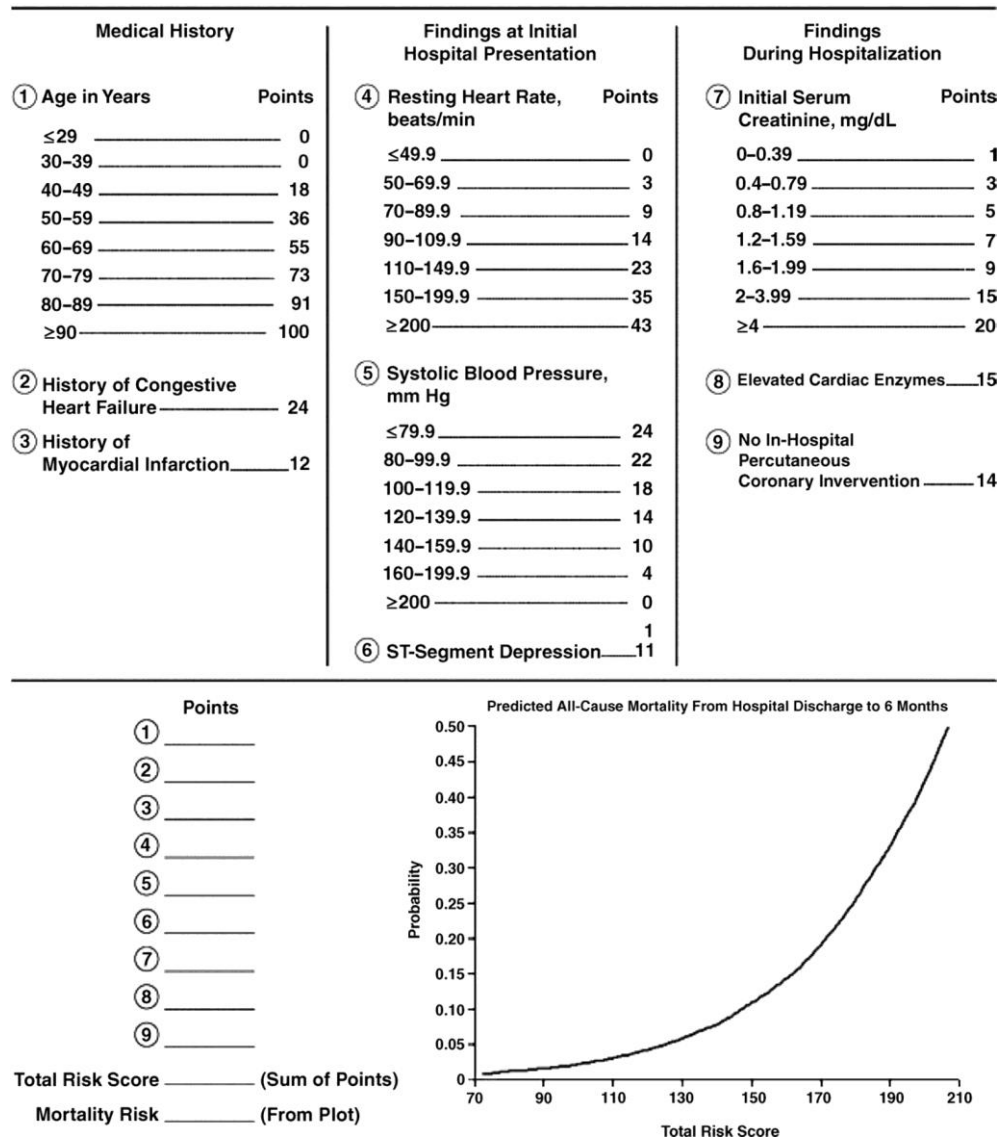
“GUIA DE INTEGRAÇÃO DO S.U.”



Escala do risco no SCA sem elevação do segmento ST

Escala de GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events)

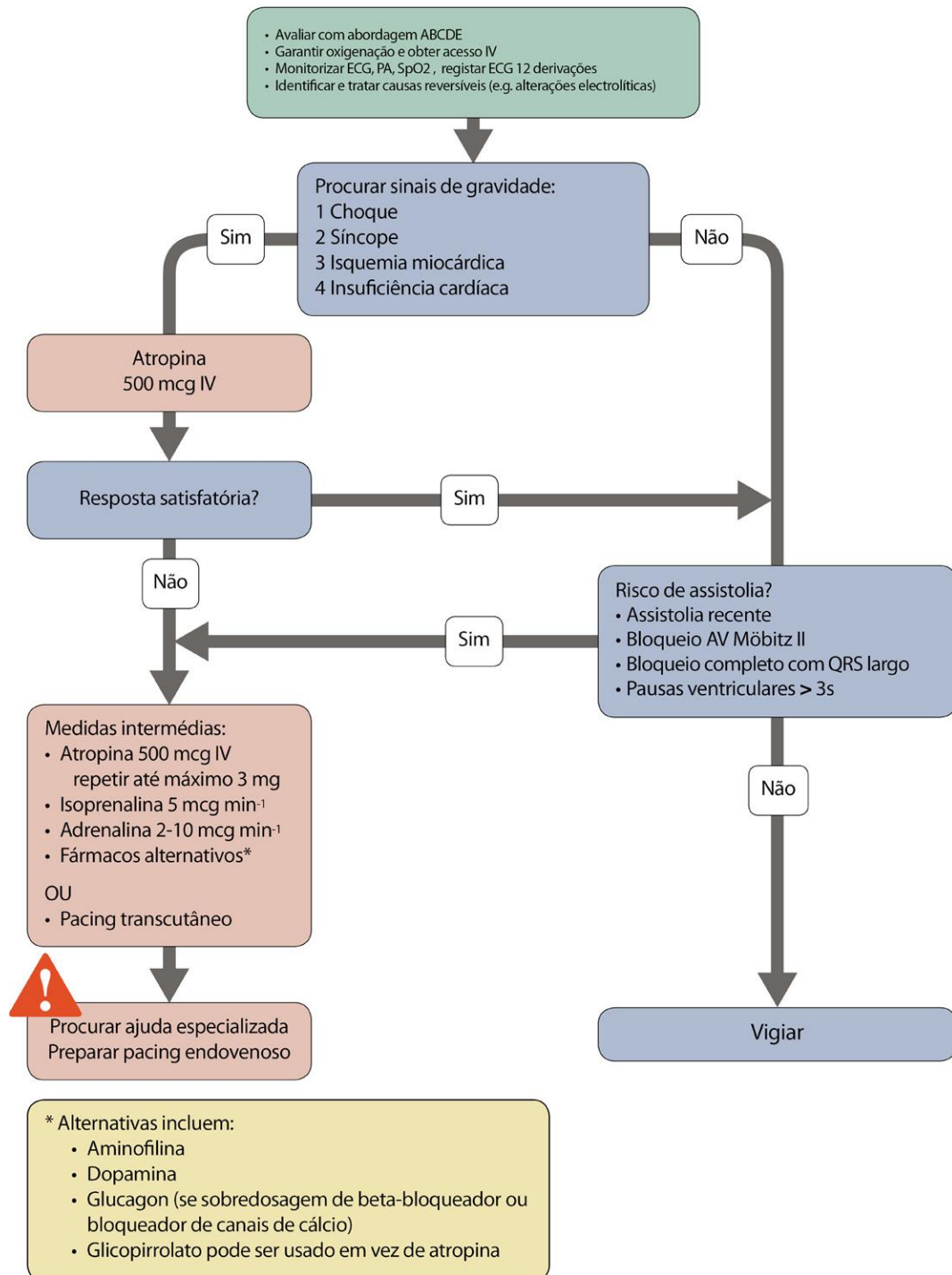
GRACE Prediction Score Card and Nomogram for All-Cause Mortality From Discharge to 6 Months.



Fonte: <http://circ.ahajournals.org/content/123/18/e426/F4.expansion.html>

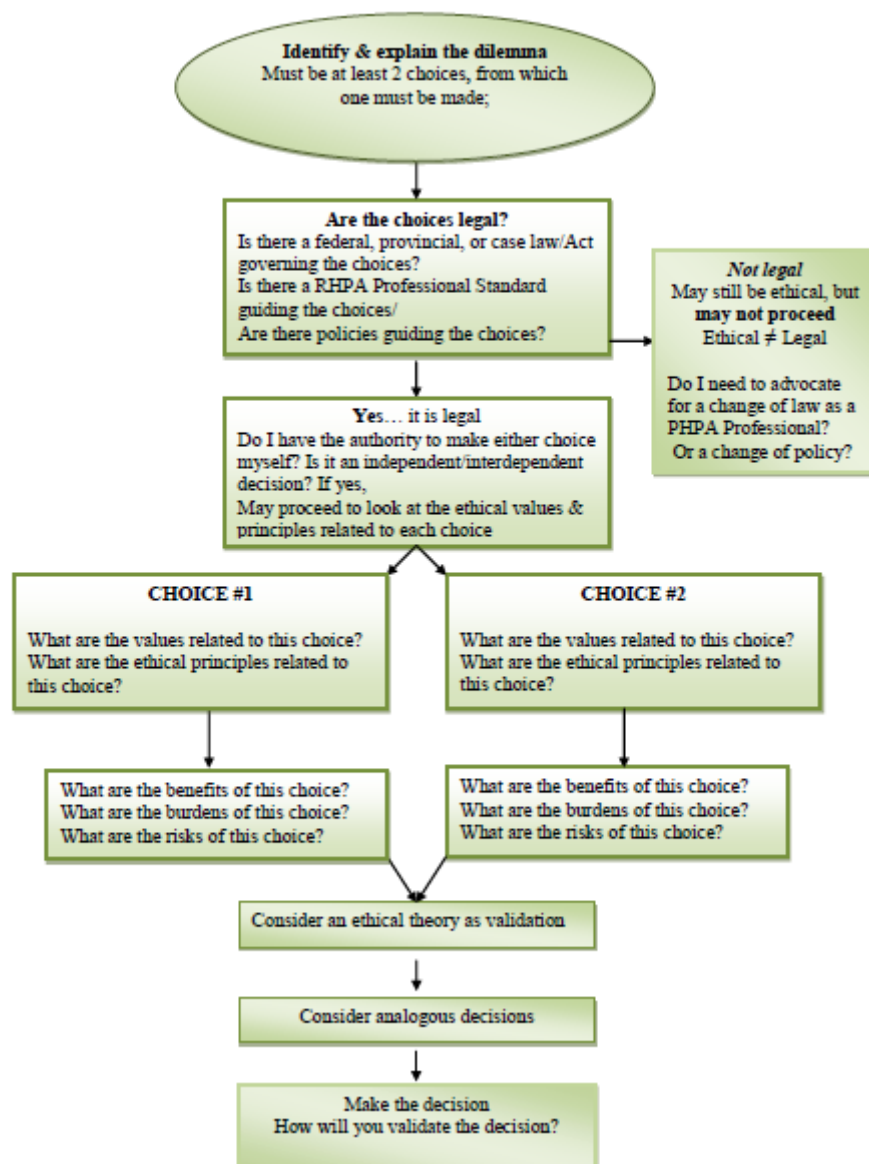
Algoritmo da bradicardia. Recomendações 2010 do Conselho Europeu de Reanimação

Algoritmo da Bradicardia



Fonte: **Conselho Português de Ressuscitação (2010). Recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation Council.** Consultado em 27 de outubro de 2012 através de http://www.reanima.pt/fotos/gca/recomenderc2010port_1287960338.pdf

Nursing Ethics Decision Making Algorithm©

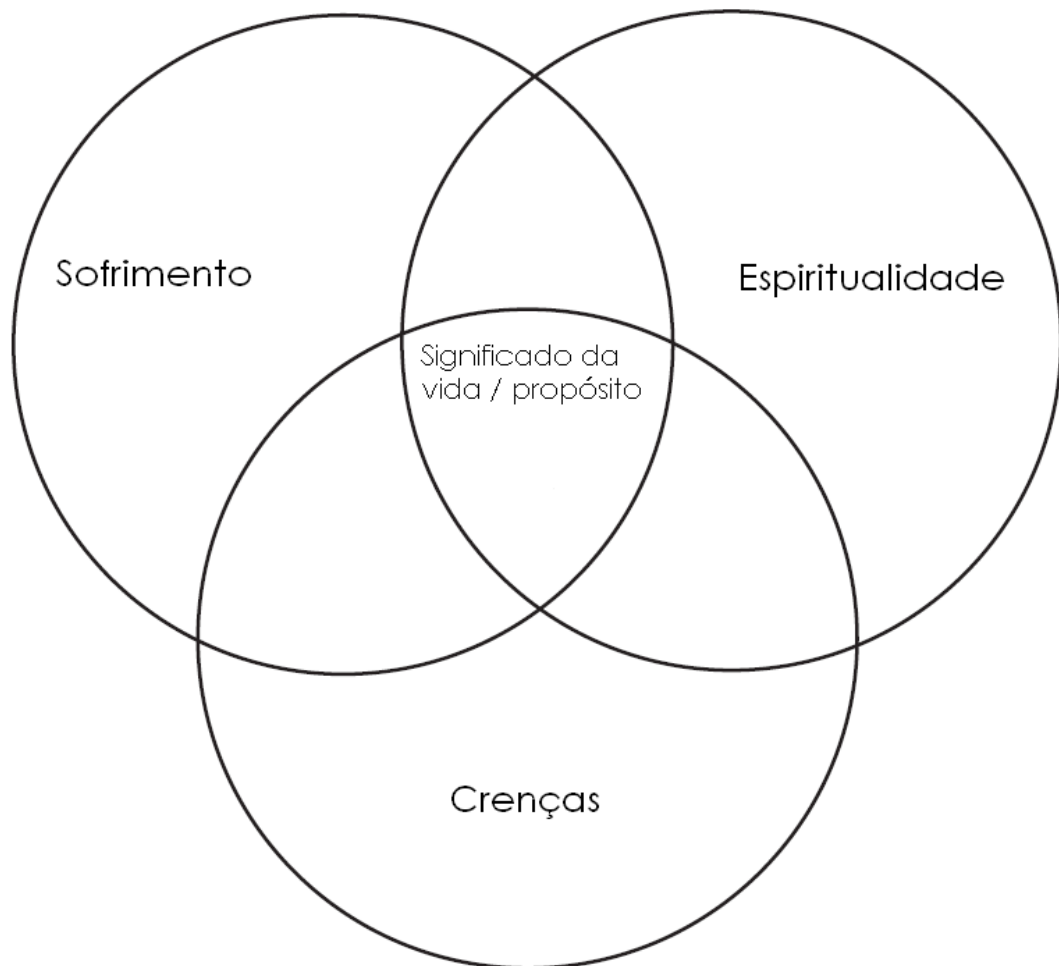


Fonte: Matthews, J. (2008). Guidelines to Use Nursing Ethics Decision Making Algorithm. Consultado em 2 de novembro 2012 em

Anexo VII

Modelo trinitário de Wright

MODELO TRINITÁRIO DE WRIGHT



Fonte: Wright, L. (2005). Espiritualidade sofrimento e doença: ideias para curar. Coimbra: Ariadne editora.

APÊNDICES

Apêndice I
Pedido de autorização de entrevista

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Eu, Jorge Miguel Santos Gomes da Silva, com o Cartão de Cidadão número 09500147, o número mecanográfico 90174, a exercer funções no serviço de urgência básica da Unidade Hospitalar de Lagos vem solicitar a vossa excelência que no âmbito do Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica, do Instituto Politécnico de Setúbal, na sua unidade curricular de Enfermagem Médico-cirúrgica I e para o desenvolvimento do Projecto de Intervenção em Serviço autorize a realização de entrevistas a enfermeiros que desempenham funções no serviço de urgência geral da Unidade Hospitalar de Portimão. A entrevista é semi-estruturada (estrutura em anexo) e tem como objectivos: conhecer a importância atribuída pelos enfermeiros ao processo de integração de novos elementos no serviço de urgência; os ganhos que o processo de integração trás para a equipa de enfermagem; conhecer aspectos positivos e a melhorar no processo de integração e a importância da existência de um guia de acolhimento e integração de novos elementos no serviço de urgência. A proposta é entrevistar cinco enfermeiros que foram responsáveis pela integração de colegas no serviço de urgência e cinco enfermeiros que foram integrados na equipa no ano de 2011, perfazendo a totalidade de dez entrevistas. As entrevistas decorrerão nas instalações do serviço de urgência e serão gravadas em suporte informático. Será garantido o anonimato das respostas. Será garantida a confidencialidade das respostas. Os conteúdos da entrevista serão apenas utilizadas para a realização do trabalho em causa.

Pede deferimento

Portimão, 25 de Outubro de 2011

Jorge Miguel Santos Gomes da Silva

Apêndice II

Guia para entrevistas aos enfermeiros responsáveis pela integração

ENTREVISTA AOS ENFERMEIROS RESPONSÁVEIS PELA INTEGRAÇÃO DE
NOVOS ENFERMEIROS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL DO CHBA NO
ANO DE 2011

No âmbito do Projecto de Intervenção em Serviço, do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, do Instituto Politécnico de Setúbal, houve a proposta de reformular o guia de acolhimento e integração de novos elementos de enfermagem no serviço de urgência geral do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Para fundamentar a necessidade deste projecto, é importante conhecer a opinião dos enfermeiros que de forma activa participaram no processo de integração de novos elementos no serviço durante o ano de 2011.

Esta entrevista tem como finalidade, avaliar a necessidade e a importância da existência de um guia orientador no acolhimento e integração de novos elemento na equipa de enfermagem e conhecer os aspectos positivos e a melhorar no modelo de integração.

Será respeitada a livre opinião de cada um dos entrevistados.

Será assegurada a total confidencialidade das respostas obtidas.

As respostas obtidas nesta entrevista são gravadas e armazenadas em suporte informático, são utilizadas em exclusivo para a elaboração do presente trabalho.

Grato pela colaboração.

Género ☐ Masculino

☐ Feminino

Idade _____

Tempo de exercício profissional _____

- 1) Considera importante o período de integração de novos enfermeiros no serviço de urgência? Porquê?
- 2) Considera o processo de integração como um ganho para a equipa e para o novo elemento?
- 3) Em seu entender quais os aspectos mais positivos que tem o período de integração?

- 4) Em seu entender quais os aspectos que melhoraria no período de integração tendo em vista a sua otimização?
- 5) Quais as maiores dificuldades que sentiu durante o período de integração dos novos elementos no serviço de urgência? Quais as razões que aponta para tal?
- 6) O pensa da existência de um guia orientador ao acolhimento e integração de enfermeiros no serviço de urgência?

Apêndice III

Guia para entrevistas aos enfermeiros integrados

ENTREVISTA AOS ENFERMEIROS QUE FORAM INTEGRADOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL DO CHBA NO ANO DE 2011

No âmbito do Projecto de Intervenção em Serviço, do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, do Instituto Politécnico de Setúbal, houve a proposta de reformular o guia de acolhimento e integração de novos elementos de enfermagem no serviço de urgência geral do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Para fundamentar a necessidade deste projecto, é importante conhecer a opinião dos enfermeiros que passaram pelo processo de integração durante o ano de 2011.

Esta entrevista tem como finalidade avaliar a necessidade e a importância da existência de um guia orientador no acolhimento e integração de novos elemento na equipa de enfermagem e conhecer os aspectos positivos e aqueles a melhorar no modelo de integração.

Será respeitada a livre opinião de cada um dos entrevistados.

Será assegurada a total confidencialidade das respostas obtidas.

As respostas obtidas nesta entrevista são gravadas e armazenadas em suporte informático, são utilizadas em exclusivo para a elaboração do presente trabalho.

Grato pela colaboração.

Género ☐ Masculino

☐ Feminino

Idade _____

- 1) Considera importante o período de integração profissional dos novos enfermeiros no serviço de urgência? Porquê?
- 2) Pensa que o período de integração representou um ganho para si enquanto novo elemento no serviço e para a equipa de enfermagem?
- 3) Para si quais foram os aspectos mais positivos que teve o período de integração?
- 4) Em seu entender quais os aspectos que melhoraria no período de integração tendo em vista a sua optimização?

- 5) Quais as maiores dificuldades que sentiu durante o seu período de integração no serviço de urgência? Quais as razões que aponta para tal?
- 6) O pensa da existência de um guia orientador ao acolhimento e integração de enfermeiros no serviço de urgência?

Apêndice IV

Análise das entrevistas aos enfermeiros do serviço de urgência geral

ANÁLISE DAS ENTREVISTAS AOS INTERVENIENTES NO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO

As entrevistas aos enfermeiros do serviço de urgência geral do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio decorreram entre o dia 2 de Novembro de 2011 e o dia 15 de Novembro de 2011. Dos elementos que participaram de forma activa no processo de integração de novos elementos foram ouvidos 14 elementos, 8 que foram responsáveis por integrações e 6 que foram integrados no serviço. A entrevista semi-estruturada, teve a mesma estrutura, quer para os enfermeiros que foram responsáveis pela integração como aqueles que foram integrados, havendo apenas adaptação na linguagem.

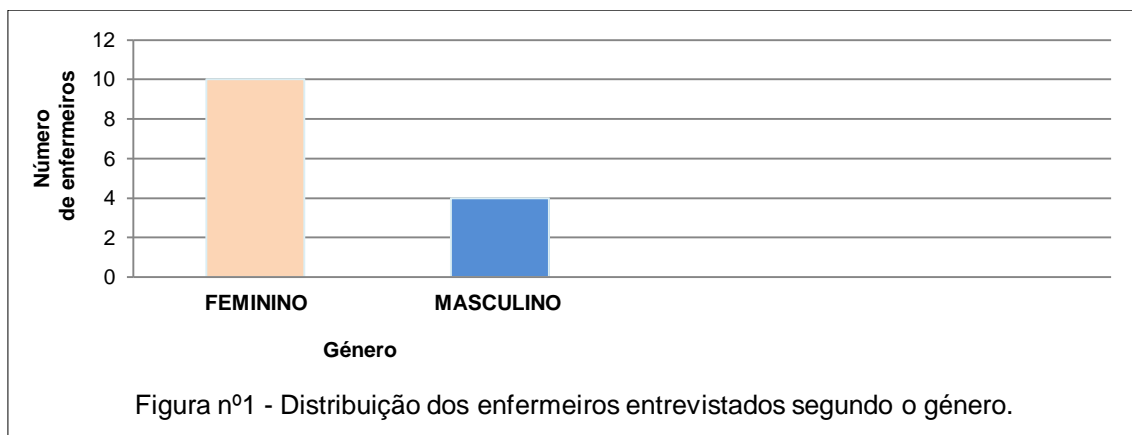
O objectivo principal a alcançar com a entrevista, está relacionado com a necessidade de apreender e justificar a existência de um processo de integração estruturado e alicerçado num guia de acolhimento e integração de novos elementos. Como objectivos secundários, foi procurado saber:

- A necessidade de existência de um processo de integração para o início de funções no serviço de urgência;
- Quais os ganhos que se traduzem para a equipa e para o elemento em integração do processo de integração;
- Quais os aspectos mais positivos que existem no processo de integração de novos enfermeiros;
- Quais os aspectos que deveriam ser melhorados;
- Quais as dificuldades sentidas durante o período de integração;
- A importância da existência de um guia de integração.

As entrevistas decorreram de forma individual, na sala de reuniões do serviço de urgência da Unidade Hospitalar de Portimão, do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. Os enfermeiros que estavam de serviço, nos turnos da manhã e da tarde dos dias 2, 7, 8, 12 e 15 de Novembro de 2011, foram solicitados para a realização da entrevista conforme a sua disponibilidade e quando as solicitações do serviço o permitissem. Os enfermeiros foram informados através da leitura do enunciado da entrevista, qual o seu âmbito, os objectivos e solicitados à colaboração. Foram todos informados que os dados obtidos destinavam-se à

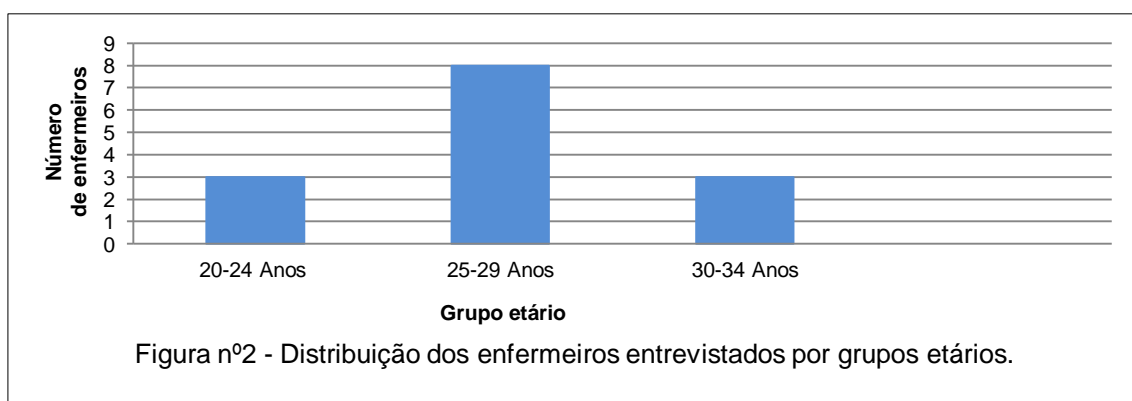
elaboração de um trabalho no contexto de um mestrado em enfermagem médico-cirúrgica. Foi garantida a livre expressão de opiniões e a confidencialidade das respostas obtidas. A entrevista foi gravada em suporte informático, através do programa Windows Media Player. Para garantir a confidencialidade e o anonimato das respostas obtidas, os ficheiros informáticos passaram a ser identificados por um código alfanumérico, onde EVT, significa entrevista e XX o número sequencial das entrevistas realizadas, temos então como exemplo EVT01.

Através análise das entrevistas efectuadas, foi possível chegar à conclusão que a distribuição pelo género foi de 10 enfermeiros do sexo feminino e 4 do masculino, tal como podemos visualizar na figura nº1.



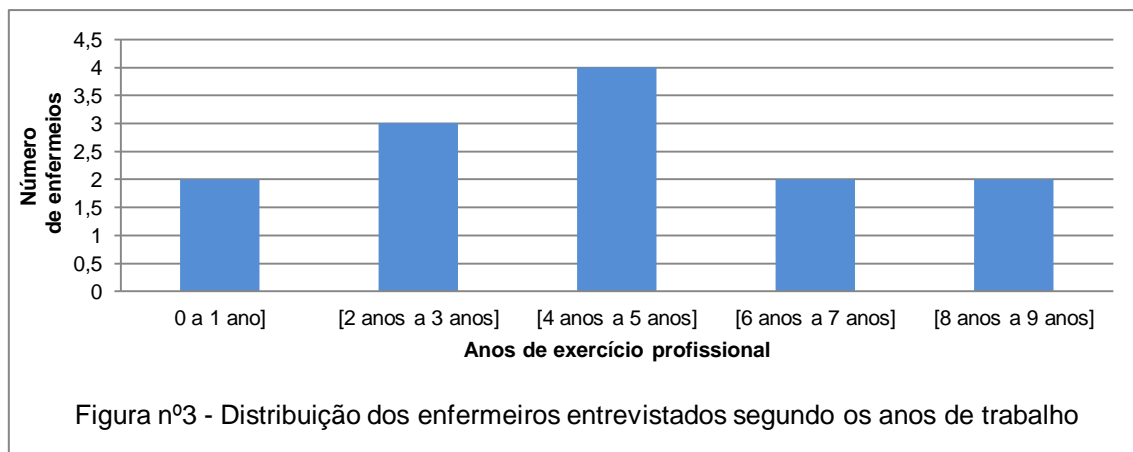
Através da análise da figura nº1 podemos verificar a existência de uma maioria de enfermeiros do sexo feminino que foram entrevistados.

Na figura nº2, podemos analisar a distribuição dos enfermeiros entrevistados, por diferentes grupos etários.



Na figura nº2 podemos verificar que a grande parte dos elementos entrevistados situam-se entre os 25 e 29 anos de idade.

Na figura nº3 representa-se o tempo de experiência profissional, na primeira quinzena de Novembro de 2011, dos enfermeiros que responderam à entrevista. De todos os elementos que participaram em processos de integração, podemos verificar através do quadro nº3, que o maior número de enfermeiros entrevistados tem entre 4 e 5 anos de trabalho.



O principal objectivo que foi estabelecido para a realização da entrevista, foi verificar a necessidade de existência de um processo de integração para o início de funções no serviço de urgência. Após a análise das 14 entrevistas efectuadas, foi possível perceber que todos os entrevistados consideravam importante a existência de um período de integração ao trabalho no serviço de urgência. A questão nº1 é idêntica tanto para enfermeiros responsáveis pela integração, como para os que estiveram em integração e interroga: considera importante o período de integração profissional dos novos enfermeiros no serviço de urgência? Podemos analisar as respostas na figura nº4.

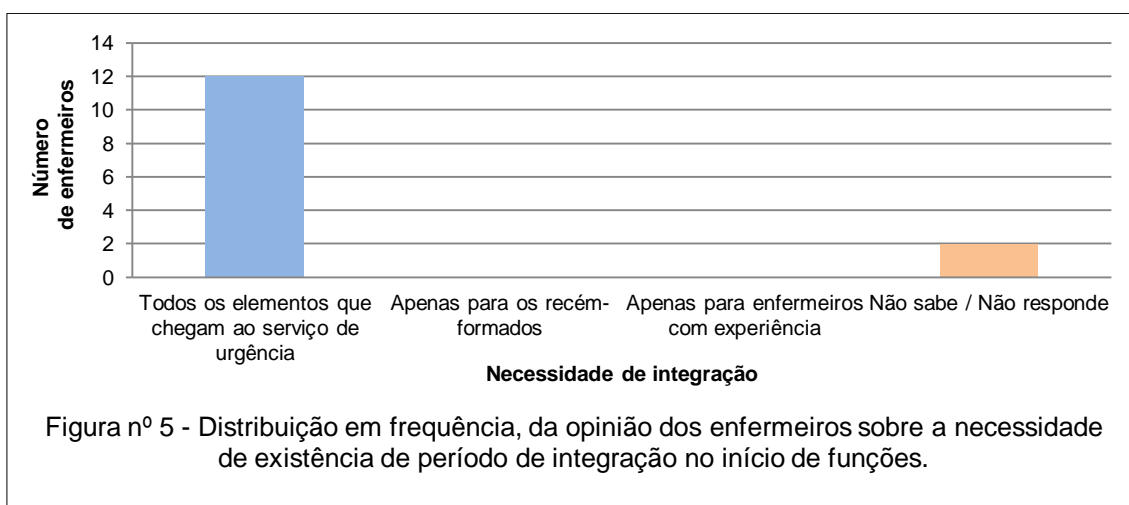
Questão nº1 – Considera importante o período de integração profissional dos novos enfermeiros no serviço de urgência?		
Entrevista	Resposta	Justificação
EVT01	“Considero”	<ul style="list-style-type: none"> •“(…) acaba por se deparar com um serviço novo (…)” •“Muitas das pessoas que para cá vêm, vêm directa da escola, ou seja é uma primeira realidade” •“Em relação a pessoas que vêm de já de outros serviços (…) acaba por ser um serviço novo (…)”
EVT02	“Sim, é	<ul style="list-style-type: none"> •“As pessoas que vêm de outros serviços têm que

	necessário”	se adaptar à realidade do serviço, por haver vários sectores, várias maneiras de trabalhar”
EVT03	“Sim, sem dúvida”	•“(…) assumir postos sem ter qualquer integração; para já, não vai prestar cuidados minimamente de qualidade.”
EVT04	“Considero, de todo importante”	•“(…) é um serviço com muita abrangência (…)”
EVT05	“(…) a integração é fundamental (…)”	•“(…) pela sua especificidade, pelos vários postos que tem, pela dinâmica (…)”
EVT06	“Sim, sem dúvida nenhuma”	•“(…) é um serviço muito grande e tem muitos postos, as pessoas têm que se sentir bem para conseguir estar à vontade para trabalhar.”
EVT07	“Sim”	•“(…) acho que é muito mais fácil da pessoa se integrar”
EVT08	“Sim, claro”	•“(…) é um serviço que tem alguma confusão (…)” •“(…) a dinâmica é totalmente diferente (…)”
EVT09	“Sim”	•“(…) aprender a dinâmica, aprender a rotina (…)”
EVT10	“Claro”	•“(…) para saber também onde nós andamos (…)”
EVT11	“Acho que sim”	•Porque é um serviço bastante grande, com bastantes áreas, com bastantes especialidades (…)
EVT12	“Acho, muito importante”	•“(…) nos familiarizarmo-nos com o ambiente físico propriamente dito.”
EVT13	“Acho que é importante em (…)”	•“Cair aqui de pára-quedas sem uma integração é andar à deriva durante muito tempo”
EVT14	“(…) acho que é de extrema importância	•“(…) nunca tinha trabalhado num serviço de urgência (…)” •“Quando cheguei aqui parecia que tinha entrado num campo de guerra. Não fazia a mínima ideia

	(...)"	de muitas coisas (...)"
--	--------	-------------------------

Figura nº 4 – Representação das respostas à questão nº1 da entrevista.

A questão nº1 possibilitou saber que a maioria dos enfermeiros entrevistados considera que a integração é necessária aquando do início de funções no serviço de urgência geral do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. Este período de integração é necessário quer para elementos que acabaram o curso e estão a iniciar a sua vida profissional, como também para os enfermeiros que já têm experiência profissional, tal informação apresenta-se expressa na figura nº5.



A segunda questão colocada na entrevista abordou a existência ou não de ganhos, tanto para o serviço como para os elementos a integrar, com o processo de integração. Podemos avaliar através da figura nº6, as respostas alcançadas essa questão.

Questão nº2 - Pensa que o período de integração representou um ganho para para a equipa de enfermagem e para o elemento a ser integrado?		
Entrevista	Resposta	Justificação
EVT01	"Sim"	<ul style="list-style-type: none"> • "Nada como saber o porquê das coisas que estamos a fazer e saber que estamos a fazer bem." • "Para a equipa com certeza, quanto mais confiança tivermos na pessoa que está a trabalhar connosco melhor".
EVT02	"Acho que é um	<ul style="list-style-type: none"> • "(...) a prestação de cuidados também deverá

	ganho positivo para equipa e para o colega”	ser melhor, é mais rápida e de maior qualidade (...).”
EVT03	“Sim, sem dúvida, para os dois.”	•“(...) um elemento sem integração se calhar ainda vai colocar mais dificuldade ao funcionamento do serviço, da equipa (...) os colegas, porque têm que estar a ajudar mais (...)”
EVT04	“Eu acho que é para ambos (...)”	•“(...) porque se o novo elemento não tiver uma boa integração, não trabalha bem, se não trabalha bem, a equipa também não trabalha bem (...)”
EVT05	“Sim”	•“(...) para que depois começasse a desempenhar funções com alguma segurança (...)”
EVT06	“(...) É importante para a equipa (...)”	<ul style="list-style-type: none"> •“(...) para trabalharmos todos com os mesmos objectivos, todos na mesma direcção, na prestação de cuidados ao utente (...)” •“(...) para falarmos todos a mesma linguagem (...)” •“(...) ter mais confiança nele próprio (...)” •“(...) tem uma melhor prestação de cuidados (...)” •“Na organização do serviço (...)”
EVT07	“Sim. Continuo a achar que sim.”	
EVT08	“Sim, claro”	<ul style="list-style-type: none"> •“(...) sentimos mais segurança (...)” •“(...) também dá-nos mais confiança, porque é diferente (...) a integração serve exactamente para isso, para ganhar-mos um bocadinho de mais confiança (...)”
EVT09	Não responde claramente, mas	•“Senão confiarem em nós, vão por em causa sempre tudo aquilo que agente faça.”

	refere ganhos	
EVT10	Não responde claramente, mas refere ganhos	•“(...) por falta talvez de um bocadinho de orientação, sem saber muito bem o que havia de fazer.”
EVT11	“Para todos”	•“(...) no serviço em si e na organização do serviço (...)” •“(...) basta um elemento não estar bem integrado e agente não conseguir trabalhar como já estávamos habituados (...)”
EVT12	“Sem dúvida.”	
EVT13	“Acho”	•“(...) quando nós começamos a ter mais confiança em nós (...)” •“(...) não sabes o que é suposto fazeres (...)”
EVT14	“Para os dois”	•“(...) vou prestar melhores cuidados e o serviço vai ter um melhor índice de qualidade de cuidados (...)”

Figura nº6 – Representação das respostas à questão nº2 da entrevista

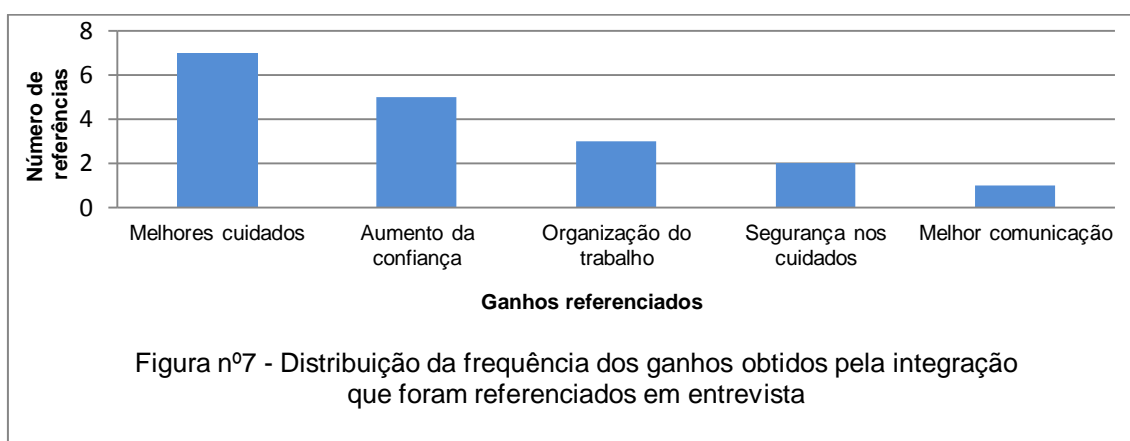
Da análise das respostas à questão sobre os ganhos adquiridos durante o período de integração, podemos tirar algumas conclusões:

- Nem todos os entrevistados respondem directamente que há ganhos, no entanto estes (EVT09; EVT10), respondem à questão com exemplos de ganhos e que se apresentam no quadro nº6;
- O entrevistado (EVT07) que apesar de responder que a integração trás ganhos, não exemplifica;
- Os exemplos de ganhos do período de integração que são referenciados pelos entrevistados são:
 - a) Melhoria da prestação de cuidados de enfermagem;
 - b) Aumento da confiança na prestação de cuidados de enfermagem;
 - c) Cuidados mais seguros;

d) Melhoria na comunicação entre equipa;

e) Melhoria na organização do trabalho;

- O ganho em consequência do processo de integração, mais referenciado pelos entrevistados, é a melhoria dos cuidados prestados, tal como é apresentado na figura nº7. No gráfico seguinte é apresentada, a distribuição da frequência dos ganhos adquiridos no processo de integração que são mais referenciados nas entrevistas.



Foi também objectivo, com a elaboração das entrevistas, conhecer os aspectos mais positivos que um processo integração tem, como tal, foi efectuada a questão nº3, onde se podia ler “Em seu entender quais os aspectos mais positivos que tem o período de integração?”. As respostas às 14 entrevistas, não estruturadas, podem ser verificadas na grelha que constitui a figura nº8.

Questão nº3 - Em seu entender quais os aspectos mais positivos que tem o período de integração?	
Entrevista	Resposta
EVT01	<ul style="list-style-type: none">• “Principalmente em compreender a rotina, a inter-ligação dos vários sectores.”• “(...) e mesmo assim estamos a falar um bocadinho do onde está o material (...)
EVT02	<ul style="list-style-type: none">• “As pessoas “novas” que estão a iniciar a vida profissional, não tem conhecimento do ALERT ou CIPE-SAPE (...)• “Aqueles que entram na vida profissional têm que ser ensinados nos procedimentos burocráticos (...)

	<ul style="list-style-type: none"> • “A interacção com a equipa, porque toda agente tenta ajudar e explicar as coisas (...)”
EVT03	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) a integração mais rápida na equipa (...)” • “O conhecimento do serviço, de todos os sectores do serviço, a localização de todos os materiais, as rotinas do serviço e ter em atenção se os elementos têm conhecimento de técnicas, de tudo.” • “Se tiver uma integração pode expor as suas dúvidas (...)” • “Os aspectos mais positivos, a integração mais rápida na equipa e no serviço, o conhecimento do serviço, da dinâmica do serviço e desenvolver as capacidade do elemento mais rapidamente possível e da melhor qualidade.”
EVT04	<ul style="list-style-type: none"> • “O dar a conhecer o serviço e na parte das técnicas. Tentamos proporcionar ao colega que entra, adaptar-se a todas as técnicas que se usam cá, damos a conhecer o serviço ao colega.” • “Exactamente, os aspectos burocráticos. Porque temos várias problemáticas, que não sabemos resolver todas.” • “ (...) o trabalho com a equipa multi-disciplinar.”
EVT05	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) mais tempo de casa e com maior conhecimento do serviço e que tiveram a oportunidade de me explicar, não só a dinâmica(...)” • “(...) é um serviço que também temos sempre oportunidade de estar sempre com pessoas por perto e tirar as dúvidas e perguntar quando for necessário.” • “Em termos de programa informático, penso que não é nada assim de transcendente.” • “(...) é fundamental em qualquer serviço, o serviço de urgência pela sua especificidade, pelos vários postos que tem, pela dinâmica (...)” • “(...) qual é o caminho que o doente percorre na urgência, o doente é triado porque é que fica ali na sala, porque é que vem para a sala da decisão clínica(...)”
EVT06	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) é um serviço que tem muitos papeis (...)” • “(...), quer dizer mas com o controlo da infecção, nesse sentido

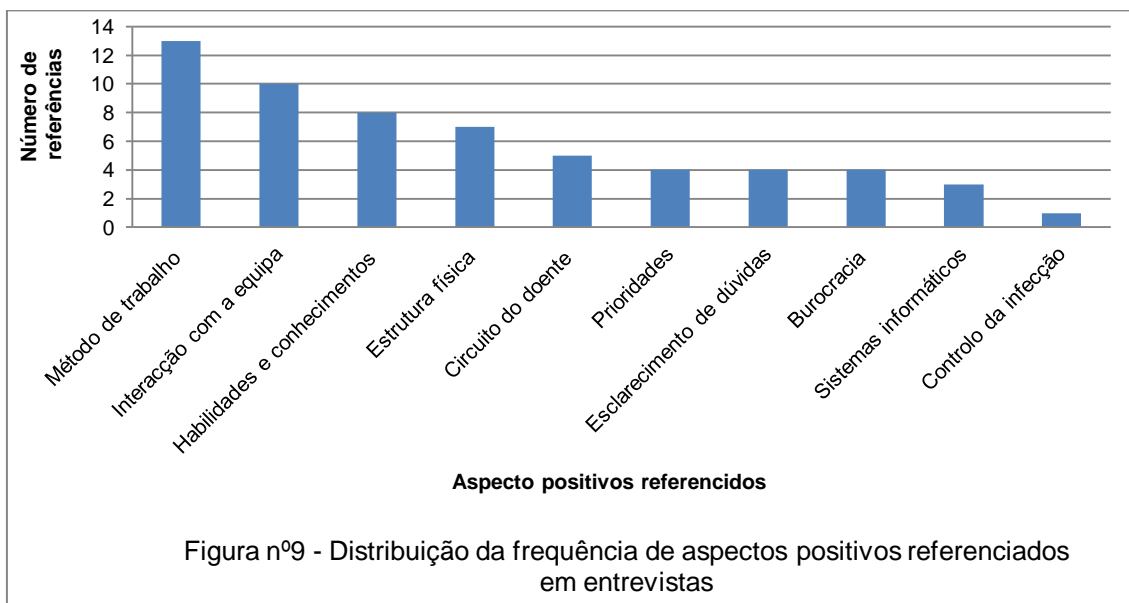
	<p>acho que sim (...)"</p> <ul style="list-style-type: none"> •“(...) mesmo na própria organização do trabalho, as prioridades, no circuito do doente (...)" •“O primeiro dia é para mostrar o serviço e essas coisas mais básicas (...)"
EVT07	<ul style="list-style-type: none"> •“(...) é importante que as pessoas tenham algum conhecimento não só dos equipamentos, que a mesma lá tem, mas como de algumas rotinas que lá se possam fazer, bem como procedimentos, protocolos de actuação em determinadas situações (...)" •“No entanto mesmo sem ter curso de triagem penso que sim é importante as pessoas conhecerem que por exemplo quem fica triado de laranja, deve ficar na sala de espera dos laranjas e não na sala de espera dos verdes, (...)" •“Em termos inter-pessoais, pois é muito mais fácil através de um processo de integração haver, alguém que nos apresente as outras pessoas e nos vá criando laços (...)" •“(...) deixa-lo aberto a todo o tipo de questões, tentaria resolver as questões que a pessoa tivesse (...)"
EVT08	<ul style="list-style-type: none"> •“(...) pessoa que vem de fora e quem vem de um método de trabalho completamente diferente e de uma dinâmica de trabalho totalmente diferente (...)" •“(...) também me dá oportunidade de esclarecer certas dúvidas, claro que vão sempre surgindo dúvidas (...)" •“O que o doente faz, qual o percurso que ele percorre aqui." •“(...) mais importante, para mim, na minha opinião é a disponibilidade da equipa e é o acolhimento da equipa."
EVT09	<ul style="list-style-type: none"> •“(...) para mim, foi aprender a dinâmica, aprender a rotina, às vezes os tempos em que trabalhar, o que fazer primeiro." •“É claro que é importante, é parte do circuito do doente e saber os protocolos e tudo mais, a papelada." •“(...) mas também as relações interpessoais, pois são muito importantes para trabalhar no dia-a-dia."

	<ul style="list-style-type: none"> •“(…) em termos de eficácia, de destreza. Não é, quando agente vem para cá uma simples, picadela de veia, agente faz um filme.”
EVT10	<ul style="list-style-type: none"> •“(…) é sempre uma mais-valia, em termos de conhecimento pronto, explicar um bocadinho como tudo funciona (…)”
EVT11	<ul style="list-style-type: none"> •“(…) aqui é muito importante saber trabalhar em equipa (…)” •“(…) tentar perceber qual o circuito que o doente faz aqui (…)” •“Adaptarem-se às rotinas, entre aspas, do serviço, às actividades do serviço (…)”
EVT12	<ul style="list-style-type: none"> •“Para além disso as técnicas, temo-nos que familiarizar com as técnicas e procedimentos mais habituais naquele sector (…)”
EVT13	<ul style="list-style-type: none"> •“(…) não sabes onde está o material, não sabes trabalhar com o sistema informático, não conheces as pessoas com quem estás a trabalhar (…)” •“(…) a partir daí é que começamos a desenvolver mais (…)”
EVT14	<ul style="list-style-type: none"> •“(…) assim para perceber a vá a dinâmica, o funcionamento, onde está o material (…)” •“(…) o conhecer os elementos da equipa (…)”
Figura nº8 - Apresentação das respostas à questão nº3 da entrevista	

Da análise das respostas à questão sobre os aspectos positivos do período de integração podemos tirar algumas conclusões:

- Todos os entrevistados apresentam aspectos positivos;
- Os aspectos positivos que foram referenciados pelos entrevistados são:
 - a) Conhecer a metodologia de trabalho, rotinas e dinâmicas do serviço;
 - b) Conhecer a estrutura física do serviço e localização do material;
 - c) Conhecer as burocracias do serviço;
 - d) Conhecer os sistemas informáticos de apoio à prestação de cuidados;
 - e) Interação com a equipa;
 - f) Possibilidade de esclarecimento de dúvidas;

- g) Abordagem de aspectos associados ao controlo da infecção;
 - h) Compreender o circuito do doente;
 - i) Determinar prioridades na prestação de cuidados;
 - j) Aquisição de habilidades e conhecimentos.
- O aspecto positivo mais referido pelos entrevistados foi a possibilidade de conhecimento da metodologia de trabalho, rotinas e dinâmicas do serviço, com 13 dos entrevistados a referirem; o segundo aspecto positivo mais referenciado foi a interacção entre os elementos da equipa; o terceiro foi desenvolvimento das habilidades e de conhecimentos que são específicos à prestação de cuidados no serviço de urgência. Para uma melhor apreensão dos resultados das entrevistas é apresentado na figura nº9 o gráfico representativo da frequência da referência dos aspectos positivos pelos entrevistados.



A quarta questão procurou compreender, quais os aspectos onde o período de integração poderia ser melhorado, tendo como objectivo final a optimização de todo o tempo de acolhimento e integração no serviço de urgência. A apresentação desses pontos positivos é efectuada pela figura nº10, que seguidamente se apresenta.

Questão nº4 - Em seu entender quais os aspectos que melhoraria no período de integração tendo em vista a sua optimização?

Entrevista	Resposta
EVT01	<ul style="list-style-type: none"> •“(…) que não se passa aqui é essa pessoa ser acompanhada sempre pelo mesmo elemento.” •“Era existir um plano de objectivos a cumprir.” •“Já houve alturas, em que era porque o serviço complicava e acabavam por precisar de contar com essa pessoa como elemento.”
EVT02	<ul style="list-style-type: none"> •“(…) as pessoas começavam na integração e se amanhã alguém faltasse e se precisassem de um turno extraordinário essa pessoa em integração teria que o fazer.” •“(…) eu quando comecei a trabalhar não tive integração. Chegaram ao pé de mim e disseram assim, isto é o computador, isto é o ALERT, carregas ai e sai as etiquetas para colheres o sangue.” •“O guia de deveria ser actualizado.”
EVT03	<ul style="list-style-type: none"> •“Acho que objectivos estabelecidos de início, se calhar, seriam uma boa opção.” •“Um período mínimo de integração.” •“Três, quatro dias, uma semana, talvez pela pouca disponibilidade do serviço, poucos elementos, talvez.”
EVT04	<ul style="list-style-type: none"> •“Acho que deveria haver uma pessoa fixa , mas não contínuo. (...) haver mais do que um, mas haver um responsável máximo pela integração (...)” •“(…) mas acho que além dos objectivos que deve de partir de nós, ou seja, o integrador a pedir certos objectivos que devem de ser utilizados no final.” •“Eu sou sincero. Acho que ele existe, eu nunca vi, porque eu não tive integração. (...) Ao final de três dias, já era elemento, só tive tempo para conhecer o lugar das coisas.”
EVT05	<ul style="list-style-type: none"> •“(…) tenho a consciência que esse tempo raramente é cumprido, ou quase nunca. (...) porque já tem calhado em conserva com alguns colegas em que fizeram uma semana de turnos e começaram a contar como elemento (...)”

	<ul style="list-style-type: none"> • “Sim, se calhar ter um guia estruturado e por objectivos e que nós vamos atingindo os objectivos gradualmente, (...)”
EVT06	<ul style="list-style-type: none"> • “No meu caso tive uma integração um bocadinho agreste. (...) Tive dois dias de manhã, com um elemento a integrar-me e depois passei a contar como elemento.” • “Deveria ser uma integração estruturada, sim, tendo objectivos que depois seriam alinhavados com o elemento que está a ser integrado, conforme as necessidades dele.”
EVT07	<ul style="list-style-type: none"> • “Para mim o período de integração; bem eu não tive grande período de integração agora no serviço onde estou.” • “(...) ou seja, se as pessoas vêm porque faz falta, porque fazem falta elementos, a integração acaba por ter um período mais reduzido (...)”
EVT08	<ul style="list-style-type: none"> • “Porque eu houve postos que tive integração, outros já não tive, uns dias estou de integração, outros não estou. Isto é assim, um bocadinho assim estranho.” • “(...) mas acho que era importante a integração se feita sempre pelo mesmo colega.” • “Depois, a nível aqui do serviço sinto muito a falta de um sítio onde possa ir ver, tocar, os protocolos, ler.” • “Acho linhas orientadores são sempre positivas. Até para depois quando fossemos fazer uma avaliação, termos onde palpar.”
EVT09	<ul style="list-style-type: none"> • “Porque tendo o mesmo integrador, tu sabes com o que podes contar dele. Ele consegue ter um progresso teu, ele consegue ter uma linha orientadora (...)” • “Se calhar essa parte mesmo dos protocolos, da burocracia.”
EVT10	<ul style="list-style-type: none"> • “Bom, a minha integração também não foi assim muito prolongada. (...) Foi uma integração de segunda a sexta. (...) Cinco turnos.” • “No meu processo em particular, eu o que alteraria, ou o que gostaria, seria, lá está, ter talvez um elemento de referência, ter tido, se calhar, um período de integração mais prolongado.” • “Lá está, como são linhas orientadoras, acho que nos dão uma

	percepção geral do serviço.”
EVT11	<ul style="list-style-type: none"> • “Existem vários turnos ou vários dias em que a pessoa acaba logo por assumir o posto como elemento da equipa, porque se calhar, o serviço assim o exige.” • “(...) mas eu acho que é importante começar com uma pessoa e acabar com a mesma.”
EVT12	<ul style="list-style-type: none"> • “Sim, tem que ser uma coisa standartizada. Acho que devia haver um guia de integração aos nossos colegas; claro que um colega que já tem x anos de serviço, ou venha de outro serviço passará mais facilmente por todos os pontos do que um colega que acabou de chegar. Portanto teria de ser por atingir objectivos.” • “Para já haver sempre oportunidade de ter, o que nem sempre acontece, um colega responsável pela nossa integração, desde o momento que nós entramos até que estejamos aptos a iniciar a nossa actividade. (...) Seria sempre o mesmo, na minha opinião, seria sempre o mesmo (...)” • “Exactamente, deveria ser por objectivos.”
EVT13	<ul style="list-style-type: none"> • “Eu fiz aqui o estágio de integração à vida profissional, que foram 4 meses e depois foi-me dito na altura que olha, vais começar no dia tal fazer uma noite por tua conta e risco. (...) Sem integração” • “Primeiro, acho que toda a gente deveria ter integração.”
EVT14	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) eu acho que deveria ser uma coisa planeada.” • “A questão do planeamento, ter a certeza do números de turnos que ia ter em cada sítio.”

Figura nº10 – Apresentação das respostas à questão nº4 da entrevista

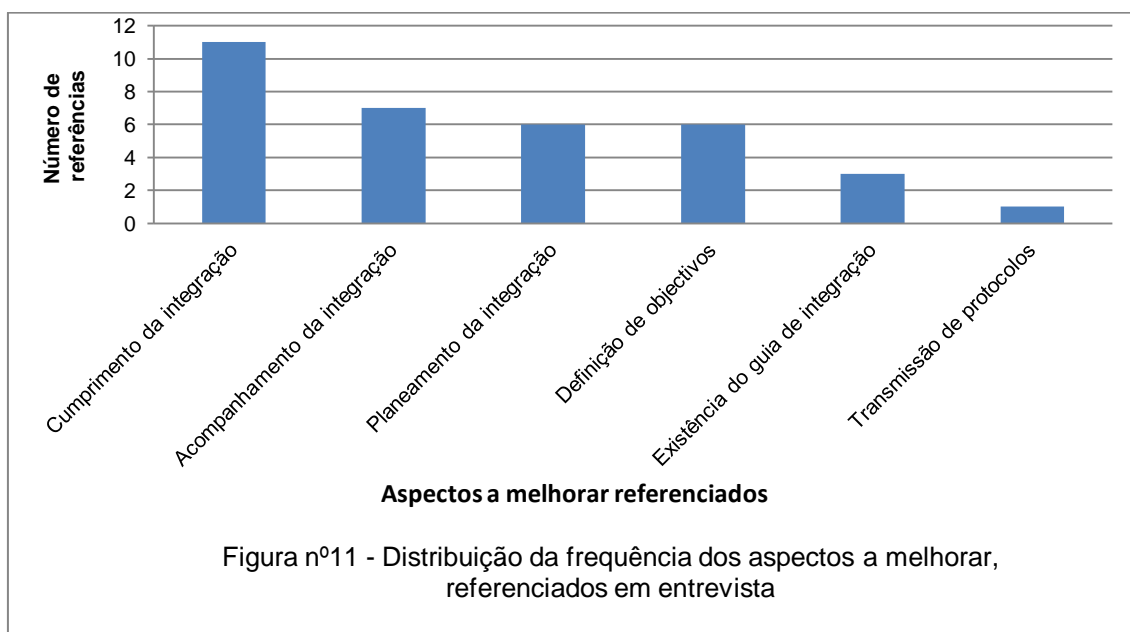
Da análise das respostas à questão sobre os aspectos a melhorar do período de integração podemos tirar algumas conclusões:

- Todos os entrevistados apresentaram aspectos a melhorar;
- Os aspectos a melhorar que foram referenciados pelos entrevistados são:
 - a) A existência do período de integração ou o seu cumprimento;

- b) O enfermeiro em integração ser sempre acompanhado pelo mesmo elemento;
- c) A existência de uma planificação do processo de integração;
- d) A definição de objectivos para o período de integração;
- e) A existência / actualização do guia de integração;
- f) Melhorar a transmissão de conhecimentos de protocolos e procedimentos burocráticos.

O aspecto a melhorar no período de integração mais referenciado pelos entrevistados foi a necessidade de existência de um período de integração ao trabalho no serviço, já que houve elementos que indicaram a sua não existência (EVT13) e outros que indicaram que sempre que necessário elementos para suprir postos de trabalho aqueles elementos deixavam de estar em integração.

Para uma melhor apreensão dos resultados das entrevistas é apresentado na figura nº11 o gráfico representativo da frequência da referência de aspectos a melhorar referidos pelos entrevistados.



A quinta questão procurou compreender quais as maiores dificuldades que os enfermeiros que iniciaram funções, sentiram no seu período de integração, no intuito de perceber quais as áreas que necessitam de maior atenção no planeamento daquele tempo.

Questão nº5 - Quais as maiores dificuldades que sentiu durante o período de integração?	
Entrevista	Resposta
EVT01	<ul style="list-style-type: none"> •“Principalmente em compreender a rotina, a inter-ligação dos vários sectores”
EVT02	<ul style="list-style-type: none"> •“As maiores dificuldades são ao nível do ALERT, e da organização do serviço”
EVT03	<ul style="list-style-type: none"> •“O serviço é grande, os diferentes sectores, as dinâmicas, as rotinas dos diferentes sectores, a localização dos materiais e se forem recém-licenciados as técnicas, que são muitas.”
EVT04	<ul style="list-style-type: none"> •“(…) eu acho que é a rotina hospitalar, principalmente no serviço de urgência (…) os procedimentos (…)”
EVT05	<ul style="list-style-type: none"> •“(…) tudo bem estamos a entender o ALERT” •“(…) isto fazia um bocado de confusão (…)”
EVT06	<ul style="list-style-type: none"> •“Principalmente com o circuito do doente, essencialmente.”
EVT07	<ul style="list-style-type: none"> •“Estamos a falar de um serviço de urgência em que lidamos com muita gente diariamente, gente sempre diferente e pronto. Talvez os programas informáticos, também são diferentes dos serviços de internamento.”
EVT08	<ul style="list-style-type: none"> •“(…) As maiores dificuldades. Bem, a adaptação à dinâmica (…)” •“(…) pronto, a nível de alguns conhecimentos que vejo que tenho que apostar nessas áreas, a nível do doente crítico, do doente trauma, do doente com critérios da sala de reanimação, até certos materiais, que não contactamos (…)”
EVT09	<ul style="list-style-type: none"> •“(…) foi em com que a equipa ganhasse confiança em mim (…)”
EVT10	<ul style="list-style-type: none"> •“(…) na medicina tínhamos um pouco o método individual de trabalho (…) aqui é totalmente diferente, aqui nós ajudamo-nos uns aos outros, há um espírito de equipa bastante grande e tem que funcionar assim.”
EVT11	<ul style="list-style-type: none"> •“Adaptarem-se às rotinas, entre aspas, do serviço, às actividades do serviço (…)”
EVT12	<ul style="list-style-type: none"> •“É haver pouco tempo de integração em cada sector (…)”

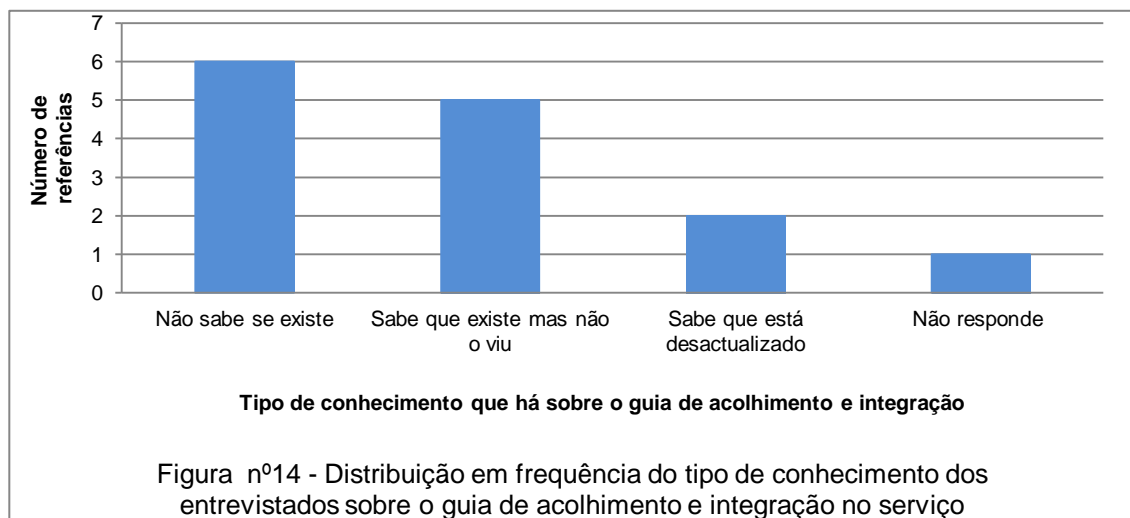
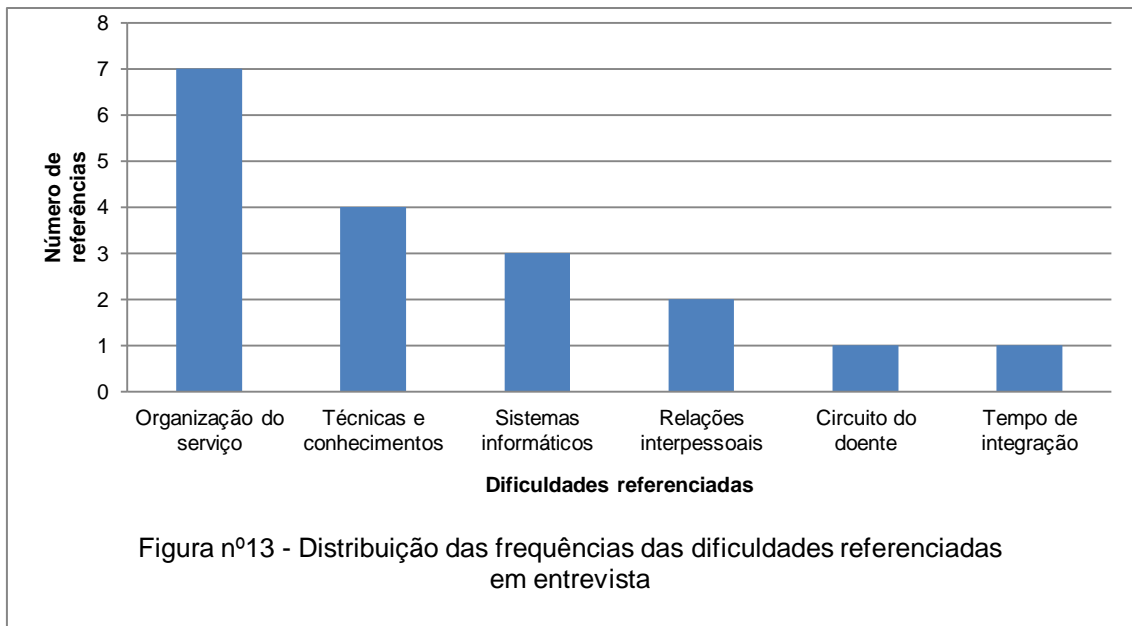
EVT13	
EVT14	“(...) pouco tempo que aprendi as coisas, pois começar logo a dar resposta e agir logo sempre correctamente (...)”

Figura nº12 - Apresentação das respostas à questão nº5 da entrevista.

Da análise das respostas à questão sobre as dificuldades percebidas durante o período de integração, podemos tirar algumas conclusões:

- Excepto a resposta obtida pela entrevista EVT13, toda as outras apontam dificuldades sentidas ou percebidas durante o período de integração;
- As dificuldades que foram referenciadas pelos entrevistados são:
 - a) Adaptação à organização do serviço;
 - b) Execução de técnicas e procedimentos;
 - c) A utilização dos sistemas informáticos;
 - d) Problemas nas relações inter-pessoais;
 - e) Apreensão do circuito do doente;
 - f) O pouco tempo de integração.

A dificuldade no período de integração mais referenciada pelos entrevistados foi a adaptação ao método de trabalho, à dinâmica e às rotinas do serviço. Para uma melhor apreensão dos resultados das entrevistas é apresentado na figura nº13 o gráfico representativo da frequência das referências às dificuldades sentidas ou percebidas durante o período de integração e que foram referenciados pelos entrevistados.



A sexta e última questão, pergunta aos enfermeiros envolvidos em processos de integração durante os primeiros 10 meses do ano de 2011, sobre a existência de um guia de acolhimento e integração no serviço de urgência. Foi possível saber através desta questão quantos daqueles enfermeiros sabiam da existência de um guia de acolhimento e integração no serviço de urgência. Dos 14 elementos entrevistados foi possível obter 4 tipos de resposta diferentes, assim:

- Pessoas que não sabiam da existência do guia de acolhimento e integração;
- Pessoas que sabiam da existência do guia mas que nunca o tinham consultado;
- Pessoa que sabiam da existência e que afirmavam que estava desactualizado;

d) Uma pessoa que não respondeu.

Na figura nº14 é apresentada a distribuição da frequência das respostas sobre o conhecimento da existência de um guia orientador, onde se pode ver que a grande maioria dos entrevistados não teve qualquer contacto com o guia, já que 11 dos 14 entrevistados afirmam que ou não que existe ou apesar de saber que existe nunca teve contacto.

Foi também procurado saber se os entrevistados achavam importante a existência de um guia para a integração de novos profissionais no serviço e que estrutura-se o processo de integração as respostas obtidas e a sua justificação podem ser observadas na figura nº 14.

Questão nº6 - O que pensa da existência de um guia orientador ao acolhimento e integração de enfermeiros no serviço de urgência?		
Entrevista	Resposta	Justificação
EVT01	"Penso que seria útil."	• "(...) que traçasse os objectivos (...) "
EVT02	"Aquilo que tenho visto dos colegas novos é que se tentam basear em alguma coisa e não têm (...) "	• "Para explicar o que se faz em cada área, dizer onde estão mais ou menos as coisas."
EVT03	"Acho que era uma mais-valia."	• "Porque quem está a integrar seguiria o mesmo padrão e tinha os mesmos objectivos." • "O manual deveria (...) talvez deva comportar alguns objectivos."
EVT04	Não responde	• "(...) um guia de orientação, que tivesse estratégias que me ajudasse, (...) que tivesse orientações que me ajudassem a integrar o mais depressa possível, isto tanto no aspecto relacional, no aspecto técnico (...) "

		<ul style="list-style-type: none"> • “Que fosse um guia que, orientasse o trabalho e a integração do colega.”
EVT05	“Faz todo o sentido.”	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) para nós avaliarmos a nossa progressão e avaliação (...) é uma linha orientadora daquilo que nós estamos cá fazer.”
EVT06	“Acho que ajudaria muito.”	<ul style="list-style-type: none"> • “Para ter tudo um seguimento, para não ficar nada esquecido, para ter tudo uma sequência.”
EVT07	“Acho que talvez ajudasse na integração desses novos elementos”	Não justifica
EVT08	“Eu acho que é bom.”	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) primeiro conhecer o percurso do doente, (...) ao nível dos processos burocráticos(...)”. • “A nível de, por exemplo de material, de stock de material (...) por exemplo os protocolos mais utilizados”.
EVT09	“Acho.”	<ul style="list-style-type: none"> • “pelas linhas orientadoras.”
EVT10	“Por um lado sim.”	<ul style="list-style-type: none"> • Eu penso que (...) como são linhas orientadoras, (...) dão uma percepção geral do serviço.” • “(...) iria falar do serviço, os vários sectores do serviço, o número de enfermeiros por turno. O espaço físico do serviço.” • “As normas do serviço.” • “(...) pela parte burocrática.”
EVT11	<p>“Acho, eu acho.”</p> <p>“Acho que tem que haver um guia.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Tudo o que diga respeito a um doente que pode entrar (...) pela urgência, com qualquer tipo de patologia (...)”
EVT12	“Acho que devia haver	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) que a integração funcione por

	um guia de integração aos nossos colegas (...) “É muito importante”	objectivos, e é nesse guia de integração que devem de estar vigentes. Facilita o processo.”
EVT13	“Acho que para algumas coisas era importante”	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) por exemplo algumas normas, alguns protocolos.” • “(...) um documento de apoio, para o profissional sobre o serviço, acho que era importante.”
EVT14	Não responde	“Acho que devia ser um documento que tivesse uns objectivos gerais (...)”

Figura nº15 - Apresentação das respostas à questão nº6 da entrevista

Da análise à questão nº6 foi possível verificar que apenas 2 enfermeiros não respondem claramente à resposta. Todos os outros 12 entrevistados referem que a existência de uma guia de integração e acolhimento é positivo para o início de funções no serviço de urgência em questão. Os 2 elementos que de forma objectiva não respondem à questão, informam no entanto que há aspectos positivos na existência de um guia orientador:

- (EVT4) - “Que fosse um guia que, orientasse o trabalho e a integração do colega.”
- (EVT14) - “Acho que devia ser um documento que tivesse uns objectivos gerais (...)”

CONCLUSÃO

Através das 14 entrevista efectuadas podemos chegar à conclusão que:

- A integração é necessária aquando do início de funções no serviço de urgência geral do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. Este período de integração é necessário quer para elementos que acabaram o curso e estão a iniciar a sua vida profissional, como também para os enfermeiros que já têm experiência profissional e que iniciam agora funções naquele serviço;

- A maioria dos enfermeiros aponta ganhos para a equipa e para o profissional e virtude da existência de um período de integração no início de funções. O ganho que surge mais referenciado é a melhoria na prestação dos cuidados de enfermagem;
- Todos os entrevistados apontam aspectos positivos ao processo de integração de novos profissionais de enfermagem. O aspecto positivo mais referido pelos entrevistados foi a possibilidade de conhecimento da metodologia de trabalho, rotinas e dinâmicas do serviço;
- Todos os entrevistados apresentam aspectos a melhorar, sendo que o aspecto mais vezes referenciado prende-se pela existência de um processo de integração ou quando existe um período de integração que este seja cumprido na sua totalidade;
- A maioria dos enfermeiros aponta dificuldades percebidas ou sentidas durante o período de integração. A dificuldade mais vezes referenciada nas entrevistas, prendem-se com a adaptação ao método de trabalho, à dinâmica e às rotinas do serviço;
- A grande maioria dos enfermeiros, 11, não teve contacto com o guia de acolhimento e integração de novos elementos no serviço. Foi possível também perceber que 12 dos 14 entrevistados, referem que a existência de uma guia de integração e acolhimento é positivo para o início de funções no serviço de urgência em questão.

Com estas conclusões podemos inferir na necessidade de um processo de integração de novos profissionais, baseando-se na evidência de os profissionais considerarem importante o processo de integração, com bastantes aspectos positivos e ganhos para a equipa e para o elemento que inicia as funções na estrutura. A necessidade do guia é salientada pela grande maioria dos elementos entrevistados funcionando como elemento estruturante e orientador do tempo em causa.

Apêndice V

Análise SWOT do processo de integração de novos enfermeiros

SWOT DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO

PONTOS FORTES

- A existência de uma equipa jovem e motivada;
- Uma equipa que reconhece a importância do período de integração;
- Equipa que reconhece a existência de ganhos com o processo de integração;
- A equipa reconhecer que existem dificuldades e pontos a melhorar no processo de integração;
- A inadequação do actual guia de integração de novos enfermeiros;
- Mudança apoiada pela gestão do serviço.

PONTOS FRACOS

- Tempo despendido na integração do novo elemento;
- Dificuldade do elemento a ser integrado ser sempre acompanhado pelo responsável pela integração.

SWOT

OPORTUNIDADES

- Proporcionar a imagem, para os clientes, de segurança na prestação de cuidados;
- Proporcionar a imagem, para os clientes, de segurança nos processos burocráticos;
- Melhorar os desempenhos das equipas.

AMEAÇAS

- Aumento de custos para a instituição, com elementos supra-numerário na equipa;
- A utilização de elementos em integração para suprir ausências de elementos.

Análise SWOT do processo de integração de novos enfermeiros no serviço de urgência geral do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio

A análise SWOT foi apresentada na década de 1960. O acrónimo SWOT é fruto da conjugação das palavras inglesas de *Strengths* (forças), *Weaknesses* (fraquezas), *Opportunities* (oportunidades) e *Threats* (ameaças). É uma ferramenta que permite a análise integrada de um processo que tanto considera a componente externa (o meio envolvente) como a componente interna (Silva, sd). O processo de integração de novos elementos num serviço de urgência é complexo, quer para a pessoa quer para a equipa. Com base na perspectiva do serviço referenciada pela enfermeira chefe e nas entrevistas efectuadas, são apontados os pontos fortes e os fracos, as oportunidades e as ameaças à estruturação de um processo de acolhimento e integração de novos elementos no serviço de urgência.

Os pontos fortes são:

- a) A existência de uma equipa jovem e motivada para a prestação de cuidado à pessoa com doença aguda;
- b) Uma equipa de enfermagem que reconhece a importância do período de integração de novos elementos, quer sejam elementos com experiência profissional prévia ou não;
- c) A existência de uma equipa que reconhece que o período de integração trás ganhos, tanto para os novos elementos como para a equipa;
- d) A equipa reconhecer que existem dificuldades e pontos a melhorar no processo de integração, estes foram indicados nas entrevistas efectuada a enfermeiros que participaram em processos de integração;
- e) O reconhecimento pela equipa de enfermagem da necessidade de um guia orientador para a integração de novos elementos;
- f) Chefia do serviço interessa na mudança da estrutura do processo de integração e na elaboração de um guia orientador da integração de novos enfermeiros adaptado à realidade;
- g) A existência de um número elevado de admissões na equipa, que nos primeiros 10 meses de 2011 teve uma taxa de 15%.

Os pontos fracos representam os factores internos que são capazes de dificultar o processo de integração de novos elementos, procurando ultrapassá-los e transforma-los em pontos fortes utilizando estratégias de conversão:

- a) O tempo despendido na integração do novo elemento; a colocação de um elemento a acompanhar o enfermeiro a ser integrado reduz o tempo que o responsável pela integração tem para as outras actividades. A compreensível perda de tempo no período de integração, deverá ser compensada pela posterior segurança e autonomia e eficiência no desempenho, transformando este potencial ponto fraco numa posterior mais-valia para o serviço;
- b) Dificuldade do elemento a ser integrado em ser acompanhado sempre pelo responsável pela integração. Determinar um enfermeiro que é responsável pela integração de outro, tem como virtude o acompanhamento da evolução e avaliação do cumprimento de objectivos. A dificuldade que há no acompanhamento na totalidade do tempo de integração poderá ser ultrapassada com um atempado planeamento. Convertendo um potencial ponto fraco, em ponto forte, com as vantagens de um processo mais curto, logo menos oneroso e com maiores garantias de eficácia e eficiência.

O ambiente externo ao processo deve ser tido em conta, visando o sucesso do mesmo. Assim e como oportunidades temos a considerar:

- a) Proporcionar a imagem, para os clientes, de segurança na prestação de cuidados; a integração de novos profissionais na equipa, com a transmissão da informação sobre as normas de segurança e de boas práticas, tende a fomentar o respeito pelas mesmas e a desenvolve-las, proporcionando uma sensação de confiança a todos os participantes no processo do cuidar;
- b) Proporcionar a imagem, para os clientes, de segurança nos processos burocráticos; com as respostas às solicitações dos clientes a serem fornecidas de forma idêntica pelos diversos protagonistas, proporcionando confiança;
- c) Melhorar os desempenhos das equipas, aumentando a confiança inter-equipa de enfermagem e na equipa multidisciplinar do serviço.

O ambiente externo também apresenta ameaças, para estas é necessário haver um trabalho de conversão e torna-las em oportunidades para o próprio processo, temos então:

- a) Aumento de custos para a instituição, com elementos supra-numerário na equipa; a existência de um elemento a mais na equipa pode ser considerada pela gestão como um custo extraordinário para a organização. A esta argumentação podemos contrapor que a não integração de novos elementos, pode ser potencialmente mais onerosa, com mais gastos de material e más decisões que podem ser geradoras de maiores custos para ou até mesmo provocar danos graves na imagem da instituição.
- b) A utilização de elementos em integração para suprir ausências de elementos; através das entrevistas efectuadas foi possível apurar que diversos períodos de integração têm sido interrompidos para colmatar e falta de elementos da equipa de enfermagem. Esta quebra no processo de integração traduz-se pelo não cumprimento de alguns objectivos de estágio, com a perda de saberes na resolução de problemas, na diminuição da autonomia de decisão num futuro próximo.

Procuramos com este documento analisar o ambiente interno (pontos fracos e fortes) e o externo (oportunidades e ameaças) do processo de integração de novos enfermeiros. Há propostas de conversão quer dos pontos fracos em fortes e das ameaças em oportunidades. De referir ainda a possibilidade de utilização de estratégias de Matching, onde se procura potenciar os pontos fortes para os tornar em oportunidades (Silva, sd).

Referencias Bibliográficas:

Freire, A. (1998). *Estratégia – Sucesso em Portugal*. Lisboa: Editorial Verbo.

Teixeira, S. (1998). *Gestão das organizações*. Alfragide: McGraw-Hill de Portugal.

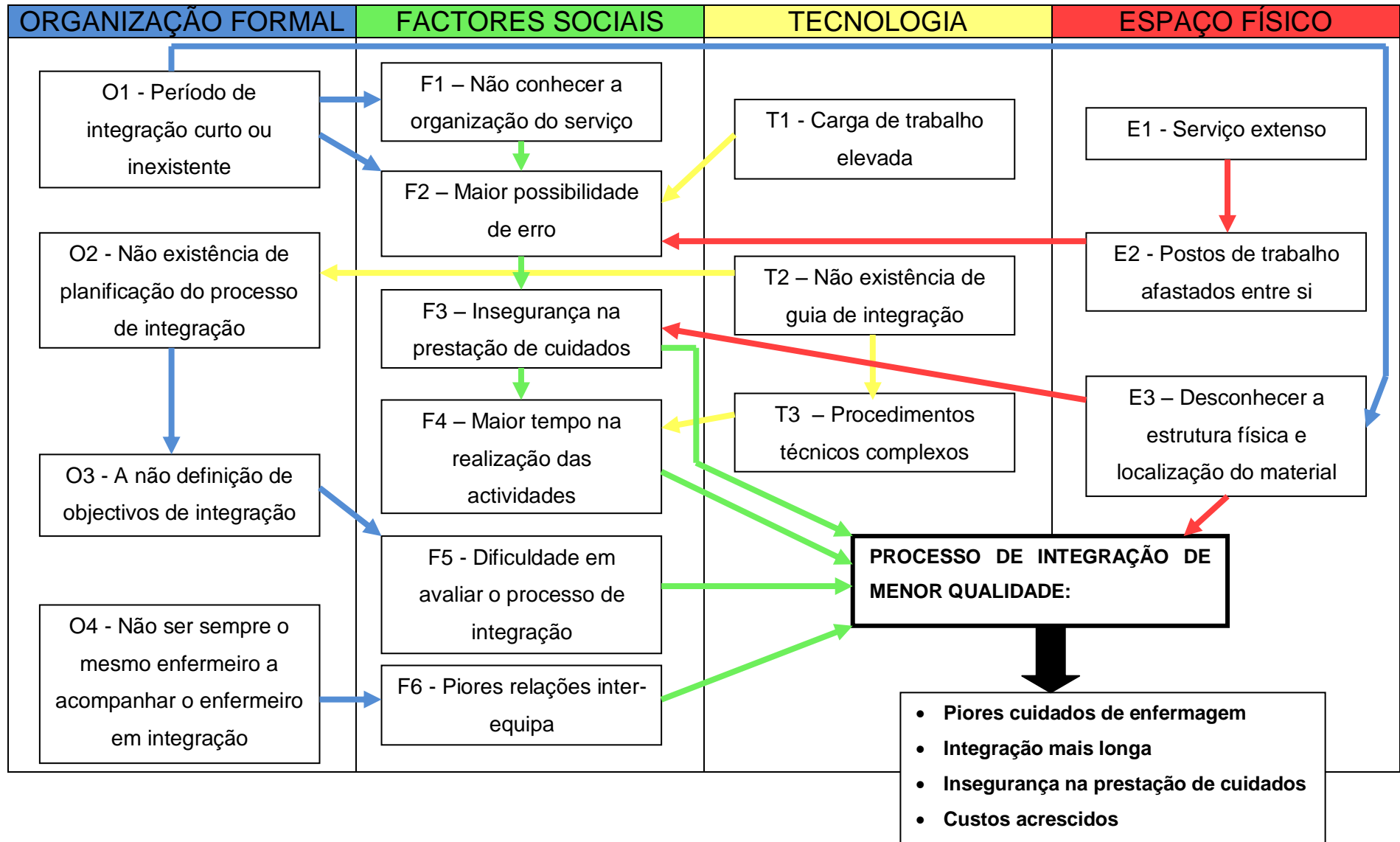
Referências electrónicas:

Silva P. (sd) *Inteligência competitiva. Aula 6*. Consultado em 20 de Novembro de 2011 através de http://www.cin.ufpe.br/~pmr/Gestao/3plC_Aula6.pdf

Ruivo, A., Ferrito, C., Nunes L. & et al. (2010). *Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. Percursos*. Acedido em 11 de Outubro, 2011, em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Apêndice VI
Stream Analysis processo de integração de novos enfermeiros

Stream Analysis do processo de integração – diagnóstico



A Stream analysis é um método de análise que pretende fazer o diagnóstico de um problema que afecte o funcionamento de uma organização. Para além da análise, deverá promover a mudança de forma planeada, de forma a ultrapassar o problema. A análise e proposta de resolução, assenta no pressuposto que o desempenho de uma organização é fruto da complexa interacção entre os seus diferentes componentes (Ruivo, A., Ferrito, C., Nunes L. & et al., 2010). Para organizar e analisar os diferentes componentes de uma organização, é proposto colocar em colunas as diferentes dimensões da organização, que segundo os autores são: a organização formal; os factores sociais, as tecnologias e o espaço físico. Na organização formal são incluídos aspectos como: os objectivos e as estratégias da organização; a estrutura formal; os procedimentos e políticas administrativas, os sistemas administrativos e os sistemas de recompensa formais. Na dimensão dos factores sociais são referenciados aspectos como a cultura organizacional; os processos de interacção; os padrões sociais como as redes de comunicação e de resolução de problemas e por fim os atributos individuais como as atitudes e comportamentos. Outra dimensão analisada está relacionada com a tecnologia, aqui são considerados factores como os instrumentos de trabalho disponíveis, a competência técnica dos operadores, os fluxos de trabalho mais ou menos intensos, os procedimentos técnicos e os sistemas de apoio disponíveis. A última dimensão de análise está relacionado com o espaço físico, aqui é considerado o espaço disponível e a sua configuração e o ambiente onde as actividades se desenvolvem (Ferrito, 2011).

Para o diagnóstico de situação do processo de integração foram incluídos aspectos problemáticos em cada uma das quatro dimensões preconizadas pelos autores e foram expressas em esquema as interligações entre si. Os problemas expressos resultaram da análise das entrevistas com os elementos que participaram em processos de integração, na entrevista com a enfermeira chefe e na observação decorrente do tempo de estágio na unidade de cuidados.

Através do esquema resultante da stream analysis foi possível depreender que os diferentes problemas apontados e das suas relações entre si contribuem para um processo de integração de menor qualidade, os quais se traduzem em

piores cuidados de enfermagem, uma integração mais longa e com custos aumentados e uma maior nível de insegurança nos cuidados.

BIBLIOGRAFIA:

Ferrito, C. (2011). Material de apoio ao módulo de Estratégias de Melhoria Contínua da Qualidade. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde.

Ruivo, A., Ferrito, C., Nunes L. & et al. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Percursos*. Acedido em 11 de Outubro, 2011, em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Definição do Problema

Estudante: Jorge Miguel Santos Gomes da Silva
Instituição: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio – Unidade Hospitalar de Portimão
Serviço: Urgência Geral do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio
Título do Projecto: Reformulação do processo de acolhimento e integração de enfermeiros no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio
<p>Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha:</p> <p>O serviço de urgência geral do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio é uma estrutura de prestação de cuidados complexa; é a porta de entrada de doentes, potencialmente críticos, cuja estrutura física e humana precisam de estar aptas a responder de forma eficiente às diferentes solicitações de cuidados à pessoa.</p> <p>O serviço tem que criar condições para capacitar todos os elementos da equipa de enfermagem para dar a resposta mais eficaz e eficiente às solicitações de cuidados de saúde de todos aqueles que a ele recorrem (Ordem dos Enfermeiros, 2001).</p> <p>As características físicas do serviço conduzem a postos de trabalho distantes entre si, levando a que por vezes, os enfermeiros trabalhem sozinhos, com pouca partilha e discussão de situações duvidosas entre os elementos mais jovens e os mais experientes no serviço e na profissão. Para além das competências técnico-científicas que são exigidas à boa prática da enfermagem, existem uma série de procedimentos de carácter administrativo/burocrático que precisam de ser completados para a integral prestação de cuidados à pessoa.</p> <p>Há no serviço um guia de acolhimento e de integração aos novos elementos da equipa, datado de 2005. Em entrevista não estruturada, com a Sr.^a Enf.^a chefe foi possível concluir que aquele guia se encontra obsoleto; o serviço durante os últimos seis anos sofreu profundas alterações, quer no que diz respeito à estrutura física, com a construção de uma nova ala de prestação de cuidados, mas também em recursos humanos que foram aumentados e a filosofia de trabalho modificada e adaptada à nova realidade.</p>
Diagnóstico de situação
<p>Definição geral do problema: A desadequação do processo de integração de novos enfermeiros no serviço de urgência geral do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (CHBA).</p>
<p>Análise do problema</p> <p>O serviço de urgência médico-cirúrgica do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (CHBA) tem na sua área de influência cerca de 152.000 habitantes (Instituto Nacional de Estatística, 2011). A principal actividade económica da região é o turismo, que implica um aumento da população de forma sazonal nos meses de verão. Em 2010, segundo dados fornecidos pelo Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, houve um total de 66181 atendimentos de urgência, o que representa uma média diária de cerca de 181 pessoas.</p> <p>Numa entrevista exploratória à Sr.^a Enf.^a chefe, esta apontou como um dos principais problemas do serviço, a elevada rotatividade dos enfermeiros na equipa. Foi verificado que numa equipa de 90 elementos, nos primeiros 9 meses de 2011, houve a integração de 14 elementos, indicando que, 15,5% dos elementos que actualmente integram a equipa foram já integrados durante o corrente ano.</p> <p>Em 2001 a Ordem dos Enfermeiros, afirma no documento que expressa os padrões de qualidade dos cuidados de</p>

enfermagem, a necessidade de produção de guias orientadores de boas práticas de enfermagem, o desenvolvimento de uma política de formação contínua promotora do desenvolvimento profissional, da qualidade e que ainda deverão ser desenvolvidas metodologias de organização que permitam promover a qualidade dos cuidados de enfermagem.

O CHBA tem em vigor através da orientação técnica de enfermagem nº 5/E/OT e da norma de procedimento de enfermagem nº 3/X/SU a regulamentação do período de integração, que indica a necessidade de existir um período de integração, sendo estabelecido a duração, a supervisão, a existência de plano de integração e o seu registo.

Em entrevista exploratória com a Sr.^a Enf.^a chefe do serviço, esta reconhece a necessidade de actualizar o guia de integração de enfermeiros no serviço de urgência, por este estar descontextualizado da realidade existente e necessitar de uma aproximação à realidade. Refere que os principais vectores do guia de acolhimento e integração deverão ser, a garantia da qualidade de cuidados, a segurança do doente, a uniformidade do processo e a necessária avaliação.

Para conhecer a realidade de outro ponto de vista, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas a catorze profissionais que participaram em processos de integração no ano de 2011, das quais foi possível concluir que existe a necessidade de todos os elementos que iniciam funções, terem um período de integração estruturado, resultando em ganhos para todos os intervenientes. Evidencia-se também a necessidade de um guia que acompanhe o processo de integração.

Foi efectuada uma stream analysis, que procurou identificar os factores causadores de problemas no processo de integração de novos enfermeiros no serviço. Desta análise, foi possível concluir que factores de constrangimento como um período de integração curto ou inexistente, a não existência de um guia de integração ou o não conhecimento da organização do serviço entre outros, são causadores de um processo de integração de menor qualidade, reflectindo-se estes na prestação de cuidados.

A análise SWOT que permitiu sistematizar os pontos fortes do processo, as vantagens para a equipa, o apoio da gestão entre outros e reconhecer os pontos fracos e ameaças, para através de estratégias de matching torna-los em aspectos positivos para o processo integração.

Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral:

- Não existência de linhas orientadoras actualizadas para a integração de novos elementos;
- Falta de padronização do processo de integração;
- Dificuldade no estabelecimento de objectivos para o enfermeiro em integração;
- Dificuldade na hetero-avaliação do enfermeiro orientador;
- Dificuldade na auto-avaliação do enfermeiro orientado.

Determinação de prioridades

- Conhecer a realidade das estruturas físicas do serviço;
- Conhecer os recursos humanos disponíveis no serviço;
- Conhecer as metodologias de trabalho em vigor no serviço;
- Analisar o manual em vigor para a integração de novos elementos no serviço e detectando aspectos positivos e pontos a melhorar;
- Conhecer outras realidades noutras instituições e noutros serviços;
- Pesquisa bibliográfica existente sobre o processo de integração de novos elementos no serviço;
- Formular o guia de integração de novos elementos;
- Auscultação da opinião de peritos, utilizadores e elementos da gestão sobre a eficácia do guia de integração de novos elementos;

- Apresenta o guia de integração de novos elementos;
- Implementação do guia de integração de novos elementos;
- Avaliação do guia de integração de novos elementos

OBJECTIVO GERAL

Melhorar a integração dos novos elementos no serviço de urgência geral do CHBA

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Produzir um guia de integração de novos profissionais no serviço de urgência da geral do CHBA;
- Divulgar o guia de novos profissionais no serviço de urgência da geral do CHBA.

Referências Bibliográficas:

Instituto Nacional de Estatística. Census 2011. Resultados preliminares. Consultado em 11 de Outubro, 2011, em http://www.ine.pt/scripts/flex_v10/Main.html

Norma de procedimento de enfermagem nº 3/X/SU (2005). Guia de integração no serviço de urgência. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio

Ordem dos enfermeiros (2002). Padrões de qualidade da ordem dos enfermeiros Lisboa: Ordem dos enfermeiros

Orientação técnica nº 5/E/OT (2010). Período de integração – duração, supervisão e registo. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio

Ruivo, A., Ferrito, C., Nunes L. & et al. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Percursos*. Acedido em 11 de Outubro, 2011, em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Data:

Assinatura:

Apêndice VIII

Mapa de planejamento do Projeto de Intervenção em Serviço

Planeamento do Projecto	
Estudante: Jorge Miguel Santos Gomes da Silva	Orientador: Enf.ª Paula Costa
Instituição: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio – Unidade Hospitalar de Portimão	Serviço: Serviço de Urgência Geral de Portimão
Título do Projecto: Reformulação do processo de acolhimento e integração de enfermeiros no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio	
<p>Objectivos</p> <p>OBJECTIVO GERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> Melhorar a integração dos novos elementos no serviço de urgência geral do CHBA <p>OBJECTIVOS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Produzir um guia de integração de novos profissionais no serviço de urgência da geral do CHBA; Divulgar o guia de novos profissionais no serviço de urgência da geral do CHBA. 	
<p>Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção</p> <p>Para a execução do projecto será necessário articular, com:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sr.ª Enfermeira Responsável pelo serviço de urgência geral de Portimão – Enf.ª Paula Costa; Sr.ª Enfermeira orientadora do estágio – Enf.ª Paula Costa; Comissão de controlo de infecção – Enf.ª Marta Coelho Responsável pelo plano de emergência da unidade Hospitalar de Portimão do CHBA; 	
<p>Data: ____/____/____ Assinatura: _____</p>	

Objectivos Específicos	Actividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Produzir um guia de integração de novos profissionais no serviço de urgência da geral do CHBA;	Análise do actual guia de acolhimento e integração existente no serviço de urgência geral de Portimão e detectar os: <ul style="list-style-type: none"> aspectos positivos; pontos a melhorar. 		O guia de acolhimento que está disponível para o serviço de urgência.	8 horas	
	Conhece de forma pormenorizadas o espaço físico do serviço de urgência e as diferentes áreas de prestação de cuidados e de apoio.	Pessoal do serviço de serviço de instalações e equipamentos.	As plantas do serviço de urgência.	8 horas	
	Conhece os recursos humanos que desempenham funções no serviço de urgência geral.	Pessoal do serviço de gestão de recursos humanos.	O mapa de pessoal que desempenham funções no serviço de urgência.	8 horas	
	Conhece a metodologia de trabalho desenvolvida no serviço de urgência geral.	Sr.ª Enfermeira Responsável pelo serviço de urgência geral – Enf.ª Paula Costa		8 horas	
	Pesquisa bibliográfica e informática sobre aspectos do processo de integração de novos elementos no serviço.		-Computador; -Internet; -Biblioteca escolar; -Biblioteca hospitalar.	40 horas	
	Compreende o circuito do doente no espaço da urgência geral do CHBA.		Material de papelaria	8 horas	
	Realiza estágio e colhe informação junto da comissão de controlo e infecção dos aspectos fundamentais da área que deverão ser tidos em	Enfermeira destacada na comissão	Material de papelaria	14 horas	• Elabora relatório do estágio na comissão de controlo e

	consideração no processo de integração de novos elementos.	controlo da infeção – Enf.ª Marta Coelho.			infeção do CHBA; • Constrói documento com as normas fundamentais das directivas da Comissão de Controlo da Infeção do CHBA, no âmbito da integração de novos elementos no serviço.
	Colhe informação sobre o plano de emergência interna do CHBA. Colhe informação sobre o plano de resposta do serviço de urgência a situações de situações externas de catástrofe e situações de atendimento de multi-vítimas.	Responsável pela gestão de risco do CHBA. Elo de ligação da gestão de risco no serviço de urgência	Material de papelaria; Material informático; Internet;	14 horas	• Elabora súmula dos documentos pertinentes para conhecimento dos novos elementos do serviço de urgência no âmbito do plano de emergência do CHBA
	Formula protótipo I do guia de integração de novos elementos.		Computador; Fotocópias.	40 horas	• Apresenta na forma escrita o protótipo I do guia de acolhimento e integração de novos elementos no serviço de urgência geral do CHBA.
	Distribui aos chefes de equipa, o protótipo I, do guia de integração de novos elementos para a avaliação e sugestões por parte das respectivas equipas. Recolhe as sugestões das equipas através dos chefes de equipa. Formula o protótipo II do guia de integração de novos elementos.	Chefes de equipa do serviço de urgência geral do CHBA; Enfermeiros da equipa do serviço de urgência geral do CHBA.	Fotocópias; Impressora; Tinteiros	16 horas	• Apresenta na forma escrita o protótipo II do guia de acolhimento e integração de novos elementos no serviço de urgência geral do CHBA.
	Distribui à orientadora e à professora o protótipo II. Recolhe as sugestões da orientadora e da		Material de papelaria	12 horas	• Apresenta na forma escrita o guia de acolhimento e integração de novos

	professora. Formula o guia de integração definitivo de novos elementos.				elementos no serviço de urgência geral do CHBA.
Divulgar o guia de novos profissionais no serviço de urgência da geral do CHBA.	Planeia a sessão de apresentação do guia de acolhimento e integração de novos enfermeiros no serviço de urgência		Computador.	2 horas	<ul style="list-style-type: none">• Apresentar em sessão pública o guia de acolhimento e integração de novos enfermeiros no serviço de urgência geral do CHBA;• Faz a avaliação da sessão de avaliação da sessão de apresentação do novo guia de acolhimento e integração de novos profissionais de enfermagem no serviço de urgência geral do CHBA.
	Divulga a sessão de apresentação do guia de acolhimento e integração de novos enfermeiros no serviço de urgência geral do CHBA		Computador; Fotocópias.	2 horas	
	Constrói os materiais para a sessão de apresentação de proposta de um novo guia de acolhimento e integração de novos enfermeiros no Serviço de Urgência Geral do CHBA.		Papel; Computador; Fotocópias	8 horas	
	Realiza a sessão de apresentação de um novo guia de acolhimento e integração de novos enfermeiros no Serviço de Urgência Geral do CHBA.		Computador; videoprojector; Sala de formação.	2 horas	
	Avalia a sessão através de inquérito aos presentes na sessão de apresentação do novo guia de acolhimento e integração de novos enfermeiros no serviço de urgência geral do CHBA.		Fotocópias	6 horas	

Cronograma:

Cronograma:																	
Meses	Março		Abril				Maio					Junho				Julho	
Semanas	19-25	26-1	2-8	9-15	16-22	23-29	30-6	7-13	14-20	21-27	28-3	4-10	11-17	18-24	25-1	2-8	9-11
Conhecer o actual guia		FÉRIAS PÁSCOA															
Conhecer espaço físico do serviço																	
Conhecer os recursos humanos																	
Conhecer metodologia de trabalho																	
Compreender o circuito do doente																	
Pesquisa bibliográfica																	
Coilher informação junto da comissão de controlo e infecção dos aspectos fundamentais																	
Coilher informação sobre os planos de emergência																	
Formular o prototipo I do guia de integração de novos elementos.																	
Auscultação dos chefes de equipa																	
Formulação do prototipo II do guia																	
Auscultação do orientador e do professor																	
Desenvolvimento de sessão publica																	
Realização de sessão publica																	
Avaliação da sessão publica																	

Orçamento:

Recursos Humanos: Não se prevêem custos com a utilização de recursos humanos.

Recursos Materiais:



RECURSO	CUSTO
Papel Copy Staples A4 80g Caixa	14,94€
Tinteiro Canon PGI 5 Preto	17,99€
Tinteiro Canon CLI-526 Amarelo	13,99€
Tinteiro Canon CLI-526 Azul	13,99€
Tinteiro Canon CLI-526 Magenta	13,99€
Material de papelaria d versq	20€
Fotocópias (250 cópias) a preto e branco 2 lados (custo da unidade - 0,105€)	26,25€
Acesso à internet (acesso cabovisão) durante 4 meses (4x36,71)	146,84
TOTAL	267,99€

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:	
POSSIVEIS CONSTRANGIMENTOS	FORMA DE ULTRA ASSAR OS POSSIVEIS CONST ANGIMENTOS
A possibilidade de não existir bibliografia específica sobre o assunto em análise.	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de pesquisar aspectos limítrofes à temática. • Busca de saberes em outras áreas do conhecimento. • Aumentar o espectro de pesquisa.
Indisponibilidade por parte da comissão de controlo da infecção para indicar quais os aspectos mais sensíveis a serem trabalhados aquando do início de funções de novos elementos no serviço de urgência.	• Argumentar junto da comissão de controlo da infecção, sobre as vantagens do conhecimento dos novos elementos que são integrados no serviço de urgência de Portimão sobre as normas em vigor no CHBA acerca do controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde.
A indisponibilidade das equipas na análise no protótipo I do guia.	• Encontrar, contactar e solicitar outros peritos em enfermagem que analisem e opinem sobre o documento elaborado.

Data ____/____/____ Assinatura: _____ Docente: _____

APÊNDICE IX
Pedido de autorização entrevista

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Eu, Jorge Miguel Santos Gomes da Silva, com o Cartão de Cidadão número 09500147, o número mecanográfico 90174, a exercer funções no Serviço de Urgência Básica da Unidade Hospitalar de Lagos vem solicitar a vossa excelência que no âmbito do Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica, do Instituto Politécnico de Setúbal, na sua unidade curricular de Enfermagem Médico-cirúrgica II e para o desenvolvimento do Projeto de Intervenção em Serviço, autorize a realização de entrevistas à encarregada dos serviços gerais, à responsável pelos técnicos administrativos, ao diretor do serviço de urgência, à coordenadora dos técnicos de cardiopneumografia, à responsável pelo serviço de patologia clínica, serviço de imagiologia, serviço social, serviço de esterilização, serviço de imuno-hemoterapia, serviço de alimentação, serviços farmacêuticos, serviço de informática, serviço de aprovisionamento na Unidade Hospitalar de Portimão. A entrevista é não estruturada e tem como objetivos: conhecer a composição das diferentes equipas, o seu trabalho, os horários de funcionamento e a articulação entre serviços.

Será garantido o anonimato das respostas. Será garantida a confidencialidade das respostas. Os conteúdos da entrevista serão apenas utilizadas para a realização do trabalho em causa.

Pede deferimento

Portimão, 26 de Março de 2012

Jorge Miguel Santos Gomes da Silva

Apêndice X
Relatório de estágio da CCI

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SETÚBAL
Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica
Estágio III

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO NA COMISSÃO DE
CONTROLO DE INFEÇÃO DO
CENTRO HOSPITALAR DO BARLAVENTO
ALGARVIO**

(PROJECTO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO)

Professora: Alice Ruivo
Orientadora: Enf.^a Paula Costa
Orientadora do estágio da CCI: Enf.^a Marta Coelho
Aluno: Jorge Gomes da Silva

Maio 2012

SIGLAS

CCI - Comissão de Controlo de Infecção

CHBA - Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio

DACD - Doença Associada ao Clostridium difficile

DGS - Direção Geral de Saúde

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

MRSA - Staphylococcus aureus Resistente à Metilina

OMS - Organização Mundial de Saúde

VE – Vigilância Epidemiológica

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	5
2. O ESTÁGIO	6
3. HIGIENE DAS MÃOS	8
4. TRIAGEM DE RESÍDUOS	9
5. CONTROLO DE SURTOS	12
6. FARDAMENTO ASSISTENCIAL	14
7. CONTROLO DE AGENTES ESPECÍFICOS	15
7.1. Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA)	15
7.2. Clostridium difficile	17
7.3. Mycobactérium tuberculosis	19
7.4. Acinetobacter baumannii	20
8. ISOLAMENTOS	22
9. COLHEITA DE PRODUTOS BIOLÓGICOS	25
9.1. Hemoculturas	25
9.2. Uroculturas	25
10. CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
ANEXOS	

ANEXO I – Norma de procedimento n.º 22/I/S do CHBA, de 20 de julho de 2011.

ANEXO II - Norma de procedimento n.º 1/IV/H do CHBA, de 24 de Março de 2010.

ANEXO III - Norma de procedimento n.º 2/IV/H do CHBA, de 24 de Março de 2010.

ANEXO IV - Norma de procedimento n.º 7/I/S do CHBA, de 3 de agosto de 2011.

ANEXO V - Norma de procedimento n.º 10/I/S do CHBA, de 20 de julho de 2011.

ANEXO VI - Política n.º 10 do CHBA, de 28 de abril de 2010.

ANEXO VII - Norma de Procedimento n.º 12/I/S, de 27 de janeiro de 2010.

ANEXO VIII - Norma de Procedimento n.º 19/I/S, de 3 de agosto de 2011.

ANEXO IX - Norma de Procedimento n.º 1/I/S, de 27 de janeiro de 2011.

ANEXO X - Norma de Procedimento n.º 20/I/S, de 4 de fevereiro de 2009.

ANEXO XI - Norma de Procedimento n.º 3/I/S, de 21 de dezembro de 2011.

ANEXO XII – Protocolo de Atuação n.º 54, de 5 de dezembro de 2007.

ANEXO XIII - Norma de Procedimento n.º 15/I/S, de 21 de outubro de 2019.

1. INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Enfermagem Médico-cirúrgica II, no Módulo de Estágio III, do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal, foi solicitado a realização de estágio na Comissão de Controlo da Infecção do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

O estágio na Comissão de Controlo da Infecção enquadra-se no Projeto de Intervenção em Serviço, com o foco no desenvolvimento da competência do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica que, prevê a capacidade de prevenir e controlar a infeção na pessoa em situação crítica ou com falência multiorgânica.

O Projeto de Intervenção em Serviço, procura desenvolver um processo de integração de novos elementos no serviço de urgência. Os elementos que estão em integração necessitam conhecer os conceitos e as normas de prevenção e controlo da infeção. Assim o objetivo deste estágio foi a construção de uma súmula com as normas mais significativas do que diz respeito ao controlo dos processos de infeção nosocomial.

Desta forma este relatório está dividido em dez capítulos diferentes, cada um deles representando um aspeto relevante no controlo da infeção do serviço de urgência geral do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, onde são apresentadas as razões para a sua inclusão, as medidas para contornar a situação problemática e de onde cada um deles é extraído a norma de procedimentos que regula e procura ultrapassar cada um dos aspetos selecionados. Estas normas serão parte integrante do guia de integração de novos elementos de enfermagem, numa secção dedicada ao controlo da infeção.

2. O ESTÁGIO

O estágio na Comissão de Controlo de Infecção (CCI) do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (CHBA) decorreu nos dias 13 e 17 de abril de 2012. A comissão é composta por um núcleo executivo, coordenado pela Dr.^a Domitília Faria, pela Enfermeira Marta Coelho, Enfermeira Salomé Coutinho, a responsável pelos serviços farmacêuticos Dr.^a Paula Campos, a responsável pelo serviço de patologia clínica Dr.^a Teresa Vaz. O núcleo de apoio técnico e consultivo é constituído pelo Dr. Daniel Cartuxo, Dr.^a Patrícia Ataíde e Sr.^a Técnica Administrativa Sónia Domingos. De referir ainda a existência de um núcleo de elementos dinamizadores, composto por enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica de cada serviço e médicos por cada um dos departamentos do centro hospitalar.

O estágio decorreu nas instalações da CCI, no 6º piso da unidade hospitalar de Portimão do CHBA, teve início às 8.30 com a chegada das enfermeiras, assistente técnica e aluno ao serviço. A primeira atividade foi a apresentação pelo aluno do projeto que está a ser desenvolvido para a integração de novos elementos no serviço de urgência geral do CHBA. Foi explicitado qual o objetivo que se pretende alcançar com este estágio. Foi indicado que se pretende elaborar uma súmula de normas e procedimentos fundamentais para dar a conhecer aquando da chegada de novos elementos de enfermagem ao serviço em questão. Foi apresentada a metodologia de projeto, enquanto método de desenvolvimento do trabalho, com a explicitação dos seus fundamentos e os passos percorridos até à apresentação do diagnóstico de situação, à definição de objetivos e ao planeamento do projeto.

Durante a entrevista com a Sr.^a Enfermeira Marta Coelho e de acordo com as competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, foram diagnosticadas as situações de maior importância para a prevenção e controlo da infeção nosocomial no serviço de urgência geral do CHBA. Também de acordo com as mesmas competências do enfermeiro especialista, é proposto a elaboração de uma estratégia que responda às situações problemáticas detetadas, passando pela apresentação das normas de procedimento que

respondam aquelas situações no próprio guia de integração. Assim foram escolhidos os temas:

- Higiene das mãos;
- Triagem de resíduos hospitalares;
- Fardamento assistencial;
- Controlo de agentes específicos:
 - Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA);
 - Clostridium difficile;
 - Mycobactérium tuberculosis;
 - Acinetobacter baumannii;
- Isolamentos (Precauções básicas e Precauções baseadas nas vias de transmissão);
- Colheita de produtos biológicos:
 - Hemoculturas;
 - Uroculturas.

A Direção Geral de Saúde (DGS) no programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde, refere que a Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) como: a infeção adquirida pelos clientes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, podendo afetar também os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade profissional (DGS, 2007).

As IACS têm ganho cada vez mais importância, quer pelo aumento da esperança de vida, como pela disponibilidade de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas e pela utilização de terapêuticas imunossupressoras. Sendo que um terço das infeções adquiridas no contexto dos cuidados de saúde são evitáveis (DGS, 2007).

O inquérito epidemiológico realizado em 2003 em Portugal, revelou que em 67 hospitais existia uma prevalência de 8,4% de pessoas com IACS (DGS, 2007).

3. HIGIENE DAS MÃOS

Do ponto de vista epidemiológico a transmissão de microrganismos entre as mãos dos profissionais e os seus clientes é uma realidade com consequências indesejáveis para a prestação de cuidados. A higiene das mãos é uma medida simples e com elevada eficácia na redução das IACS. No entanto a higienização das mãos continua a ser subvalorizada e só raramente ultrapassa os 50%. Em Portugal, e durante a avaliação diagnóstica da Campanha Nacional de Higiene das Mãos de 2009, foi verificada uma taxa global de adesão à higiene das mãos de 46,2%. (DGS, 2010). É referido pela orientação da boa prática para a higiene das mãos em unidades de saúde que “As unidades de saúde devem promover uma cultura institucional de segurança dando prioridade à prática de higiene das mãos, reforçando essa cultura nos seus programas de formação e nos planos operacionais de prevenção e controlo de infeção” (DGS, p.5, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2005 lançou o Primeiro Desafio Global para a Segurança do Doente com o lema “Clean Care is Safer Care” com o principal objetivo de melhorar a adesão à higiene das mãos nos cuidados de saúde. Apoiado na evidência científica, a OMS adotou o modelo conceptual dos “cinco momentos” que estão indicados para a higiene das mãos. Estas recomendações estão normalizadas para o CHBA através da Norma de Procedimento n.º 22/I/S, de 20 de julho de 2011 (ANEXO I), que será um dos documentos a integrar o guia de acolhimento e integração de novos elementos no CHBA.

No âmbito do processo de integração de novos elementos no serviço de urgência, são apontados então os seguintes pontos-chave: a técnica de higienização das mãos e os momentos para a sua realização.

4. TRIAGEM DE RESÍDUOS HOSPITALARES

Os resíduos hospitalares, segundo o artigo 3º do Decreto-Lei n.º 178/2006, de 9 de setembro, são aqueles provenientes de atividades médicas desenvolvidas em unidades de prestação de cuidados de saúde, sejam de prevenção, de diagnóstico, tratamento, reabilitação ou investigação, relacionada com seres humanos ou animais. São também consideradas as atividades desenvolvidas nas farmácias, nas atividades médico-legais, no ensino e ainda em quaisquer outras atividades que envolvam procedimentos invasivos como a acupuntura, *piercings* e tatuagens (Agência Portuguesa do Ambiente & Direção Geral de Saúde, s.d.).

O Despacho n.º 242/96, de 13 de agosto, indicado pelo plano estratégico dos resíduos hospitalares 2010-2016 elaborado pela Agência Portuguesa do Ambiente e pela Direção Geral de Saúde (s.d.), estabelece as normas de gestão e classificação dos resíduos hospitalares, dividindo os resíduos em quatro grupos distintos. Estabelecendo que os resíduos hospitalares teriam tratamento apropriado e diferenciado conforme o grupo a que pertencem, assim:

Grupo I – Resíduos equiparados a urbanos;

Grupo II – Resíduos hospitalares não perigosos;

Grupo III – Resíduos hospitalares de risco biológico;

Grupo IV – Resíduos hospitalares específicos.

Os grupos I e II são considerados resíduos não perigosos, enquanto os resíduos perigosos são os grupos III e IV.

No grupo I, os resíduos são equiparados a urbanos:

- a) Provenientes de serviços gerais como gabinetes, salas de reunião, salas de convívio, instalações sanitárias, vestiários, entre outros;
- b) Resíduos provenientes de serviços de apoio (caso oficinas, jardins, armazéns e entre outros);
- c) Embalagens e invólucros comuns (como papel, cartão, mangas mistas e outros de idêntica natureza);
- d) Resíduos provenientes da hotelaria resultantes da confeção e restos de alimentos servidos a doentes não incluídos no Grupo III.

O grupo II inclui os resíduos hospitalares não perigosos que contemplam:

- a) Material ortopédico: talas, gessos e ligaduras gessadas não contaminados e sem vestígios de sangue;
- b) Fraldas e resguardos descartáveis não contaminados e sem vestígios de sangue;
- c) Material de proteção individual utilizado nos serviços gerais e de apoio, com exceção do utilizado na recolha de resíduos;
- d) Embalagens vazias de medicamentos ou de outros produtos de uso clínico e ou comum, com exceção dos incluídos no Grupo III e no Grupo IV;
- e) Frascos de soros não contaminados, com exceção dos do Grupo IV.

Dentro dos resíduos hospitalares classificados como perigosos estão os grupos III e IV.

O grupo III, intitulado de resíduos hospitalares de risco biológico, são incluídos:

- a) Todos os resíduos provenientes de quartos ou enfermarias de doentes infecciosos ou suspeitos; de unidades de hemodiálise, de blocos operatórios, de salas de tratamento, de salas de autópsia e de anatomia patológica, de patologia clínica e de laboratórios de investigação, com exceção dos do Grupo IV;
- b) Todo o material utilizado em diálise;
- c) Peças anatómicas não identificáveis;
- d) Resíduos que resultam da administração de sangue e derivados;
- e) Sistemas utilizados na administração de soros e medicamentos, com exceção dos do Grupo IV;
- f) Sacos coletores de fluidos orgânicos e respetivos sistemas;
- g) Material ortopédico: talas, gessos e ligaduras gessadas contaminados ou com vestígios de sangue; material de prótese retirado a doentes;
- h) Fraldas e resguardos descartáveis contaminados ou com vestígios de sangue;
- i) Material de proteção individual utilizado em cuidados de saúde e serviços de apoio geral em que haja contacto com produtos contaminados (como luvas, máscaras, aventais e outros).

No grupo IV, os chamados de resíduos hospitalares específicos, incluem:

- a) Peças anatómicas identificáveis, fetos e placentas, até publicação de legislação específica;
- b) Cadáveres de animais de experiência laboratorial;
- c) Materiais cortantes e perfurantes: agulhas, cateteres e todo o material invasivo;
- d) Produtos químicos e fármacos rejeitados, quando não sujeitos a legislação específica;
- e) Citostáticos e todo o material utilizado na sua manipulação e administração.

Esta legislação está plasmada na Norma de Procedimento n.º1/IV/H do CHBA, de 24 de março de 2010 (ANEXO II). Neste documento é apresentado o procedimento para a realização da correta triagem dos resíduos hospitalares, é assim definido que os materiais pertencentes aos grupos I e II são acondicionados em saco preto. Os resíduos do grupo III são acondicionados em saco branco. Os resíduos pertencentes ao grupo IV são acondicionados em saco vermelho. Neste grupo estão também incluídos, os contentores para material corto-perfurante, onde deverá estar indicado a data de início e de fim da sua utilização. É indicado ainda, preencher os contentores de cortantes e perfurantes e os sacos até 2/3 da sua capacidade, para poderem ser selados; identificar os sacos com a indicação do serviço; o transporte deve ser efetuado em meio próprio, sem serem arrastados pelo chão, havendo ainda a indicação para a não colocação de sacos de cores diferentes dentro de sacos com outras cores. Os contentores de

Diz a Norma de Procedimento n.º 2/IV/H do CHBA, de 24 de março de 2010 (ANEXO III), sobre a manipulação, acondicionamento, armazenamento e recolha de resíduos hospitalares, que os resíduos recicláveis são depositados nos ecopontos existentes (papel/cartão; plástico/metal e vidro).

As Normas de Procedimento n.º 1/IV/H e nº 2/IV/H serão parte integrante do guia de acolhimento e integração de novos elementos no serviço de urgência geral.

5. CONTROLO DE SURTOS

Um surto é um aumento da “incidência de uma doença, complicação ou isolamento de uma agente infeccioso, acima dos valores habituais na instituição ou num serviço específico” tal como é indicado na Norma de Procedimento n.º 7/I/S do CHBA, de 3 de agosto de 2011 (p.1, 2011). Devem ser considerados aspetos potencialmente graves:

- O aumento significativo na incidência de um determinado tipo de infeção, ou a deteção de um determinado tipo de agente, quando comparado com a taxa de incidência prévia, no mesmo serviço;
- O isolamento, pela primeira vez, de uma estirpe resistente aos antibióticos, pela primeira vez no hospital, mesmo que tenha apenas causado colonização;
- O isolamento em larga escala de um microrganismo nosocomial novo no hospital, mesmo sem resistência a antibióticos ou causa de infeção;
- A existência de infeção por agente com grande capacidade de transmissão interpessoal, caso da varicela, gripe, sarampo, rubéola e Vírus Sincicial Respiratório.

A suspeita deverá ser comunicada à CCI, podendo ser verbal, mas logo que possível deverá ser efetuado por escrito. A investigação é da responsabilidade da CCI, que se confirmar deverá notificar o Conselho de Administração.

Se o surto for confirmado, deverão ser consideradas as medidas gerais para controlar o surto, tais como:

- Reforçar as medidas de controlo habituais, especialmente em relação à higiene das mãos;
- Diminuir o número de doentes internados na área afetada e nas situações mais graves, encerramento temporário a novas admissões;
- Aumentar ao máximo a distância física entre os doentes infetados ou colonizados, em relação aos suscetíveis;
- Isolar e desinfetar as fontes de infeção detetadas;
- Detetar e tratar os portadores, entre pessoal e doentes e afastamento temporário do pessoal afetado;

- Dar os esclarecimentos necessários e úteis, em relação à situação em causa, aos doentes, visitas e profissionais;
- Desinfecção do meio ambiente, incluindo mobiliário, superfícies e solos; substituir material de difícil descontaminação por material novo.

Para além das medidas gerais, poderão ser instituídas medidas específicas, orientada para a patologia em causa, tal como nos informa a Norma de Procedimento n.º 7/I/S do CHBA, de 3 de agosto de 2011 (ANEXO IV). Esta será parte integrante do guia de acolhimento e integração de novos elementos no serviço de urgência geral.

6. FARDAMENTO ASSISTENCIAL

O fardamento assistencial pode constituir um veículo de transporte de microrganismos. Com objetivo de prevenir a transmissão de microrganismos patogênicos à comunidade, quer intra e extra-hospitalar foi elaborada a Norma de Procedimento n.º 10/I/S do CHBA, de 20 de julho de 2011 (ANEXO V). Onde é indicado a substituição da roupa pela farda após a chegada ao trabalho e a sua substituição antes de abandonar as instalações do hospital e providenciar a limpeza e higienização da farda. Refere ainda esta norma, que excetuando alguns casos particulares, é proibido a circulação no exterior da instituição com a farda assistencial.

7. CONTROLO DE AGENTES ESPECÍFICOS

Existem alguns agentes que pelas suas particularidades merecem uma atenção maior, tal como é referido na política de controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), política n.º 10 do CHBA, de 28 de abril de 2010 (ANEXO VI). Neste é referido que a “Vigilância Epidemiológica (VE) deve ser contínua, activa e sistemática” (p. 2, 2010), sendo dado destaque a microrganismos como o *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA); *Clostridium difficile*; *Mycobacterium tuberculosis* e *Acinetobacter baumannii*.

7.1. *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA)

O MRSA, é atualmente o microrganismo patogénico multirresistente que mais frequentemente é isolado em hospitais, European Antimicrobial Resistance Surveillance System, (2006, cit. por Peres, 2007).

O relatório de atividades da CCI do CHBA de 2011, faz a análise da incidência do MRSA desde o ano de 2007, onde é possível verificar uma tendência crescente nos últimos cinco anos. Em 2007 foi verificada uma incidência de 0,22 por cada 1000 dias de internamento, enquanto que em 2011 esta taxa passou para 0,43. Houve uma passagem de 42 casos para 67 em 5 anos CHBA, 2012).

A produção de antibióticos e a sua utilização no tratamento de infeções, rapidamente evidenciou o desenvolvimento de resistências por parte dos microrganismos. As resistências por parte dos *Staphylococcus*, quanto tratados com meticilina foram durante a década de 60 e 70 pouco significativas, entre os anos de 1970 a 1975 começou a se verificar a existência de resistência àqueles fármacos por algumas estirpes de microrganismos, os chamados *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina, cujo acrónimo é MRSA (Peres, 2007). O estudo desenvolvido por Blot et al. (2002, cit. por Peres, 2007) indica que a mortalidade de doentes críticos com bacteriémia, infetados por MRSA e por *Staphylococcus aureus* Sensíveis à Meticilina, é mais elevada para os primeiros, em 22%.

Na análise de alguns estudos que procuram perceber o custo de implementar programas prevenção da infeção pelo MRSA ou na implementação de

programas de curativos dos indivíduos afetados, todos eles são unânimes em afirmar que as vantagens económicas estão do lado da prevenção em detrimento das técnicas curativas (Peres, 2007).

O principal reservatório do MRSA são as pessoas, com especial incidência na região nasal, sendo que existe cerca de 30% de indivíduos colonizados na população, subindo este valor para 50% quando se tratam de profissionais de saúde ou de pessoas internadas em instituições de saúde. O estudo de Solberg (2000, cit. por Peres, 2007) refere que as mãos de portadores nasais são geralmente colonizados por espécimes da mesma estirpe, sugerindo uma transferência com origem nas narinas.

O meio ambiente, nomeadamente as superfícies e equipamentos hospitalares, podem servir de reservatório de MRSA, durante dias ou semanas, se não forem aplicadas medidas eficazes de descontaminação.

Nas instituições hospitalares a transmissão ocorre especialmente através das mãos dos profissionais. Em instituições de saúde a transmissão acontece principalmente de doente colonizado ou infetado para outro doente através das mãos dos profissionais de saúde (Peres, 2007).

As medidas de prevenção para o controlo da transmissão do MRSA, passa numa primeira linha pela correta higienização das mãos, sendo recomendada a utilização de soluções alcoólicas.

Tendo em vista o controlo da incidência e prevalência do MRSA, a Norma de Procedimento n.º 12/I/S, de 27 de janeiro de 2010, indica as recomendações, para o CHBA, da prevenção da transmissão nosocomial do MRSA, informando que:

- Pessoas que chegam transferidas de outros hospitais, em especial de unidades de cuidados intensivos, ou de outros serviços com elevada prevalência do microrganismo;
- Pessoas provenientes de outros serviços do CHBA, com internamentos superiores a 2 semanas;
- Pessoas que apresentem feridas ou supurações crónicas;
- Pessoas com múltiplos internamentos, com antibioterapia prolongada ou com a utilização de múltiplos antibióticos nos últimos 6 meses;

- Pessoa que nos últimos 6 meses esteve infetada ou colonizada por MRSA;

deverão ser sujeitas a rastreio ou despiste ativo e sistemático de colonização por MRSA.

A mesma norma de procedimento indica a forma de realização das zaragatoas e o protocolo de descontaminação com a utilização de mupirocina e a clorohexidina a 4%.

É recomendada a instituição de isolamento de contacto, para indivíduos suspeitos de colonização ou de infeção por MRSA.

A Norma de Procedimento n.º 12/I/S, de 27 de janeiro de 2010, (ANEXO VII) será uma das constituintes do guia de integração de novos elementos no serviço de urgência.

7.2. Clostridium difficile

O Clostridium difficile conjuntamente com o MRSA são atualmente nos Estados Unidos da América, os dois grandes responsáveis pelas IACS. No CHBA e de acordo com o relatório de atividades da CCI, houve em 2011 uma taxa de incidência de 0,12 por cada 1000 dias de internamento, mantendo-se os números relativamente estáveis desde 2009, ano em que foi detetado o primeiro caso no centro hospitalar (CHBA, 2012).

O Clostridium difficile pode-se apresentar na sua forma vegetativa ou em esporos. A transmissão é oro-fecal através dos esporos presentes em superfícies. Os esporos após ingeridos germinam no intestino, passando ao estado vegetativo e passando a se multiplicar. O desenvolvimento do Clostridium difficile no intestino pode ter duas evoluções distintas, através do equilíbrio com a flora intestinal do portador, ou o desenvolvimento de doença com manifestações clínicas que vão desde a diarreia, a colite pseudomembranosa e que pode chegar ao megacólon tóxico (César, 2010).

O desenvolvimento da Doença Associada ao Clostridium difficile (DACD) dá-se essencialmente pelo desequilíbrio da flora intestinal, geralmente pela utilização de antibióticos de largo espectro, pela exposição ao microrganismo com capacidade de produzir toxinas e pela presença de fatores de risco do hospedeiro. A utilização de antibióticos como a vancomicina, clindamicina, cefalosporinas ou penicilinas, alteram o equilíbrio da flora intestinal,

possibilitando o desenvolvimento de microrganismos como o *Clostridium difficile*.

A DACD é caracterizada por diarreias, febre, náuseas, dor ou desconforto abdominal. Esta sintomatologia pode ocorrer até três meses após a administração de terapêutica antibiótica. De diagnóstico difícil, por se manifestar de forma inespecífica. No entanto a presença de diarreia de instalação recente que se pode apresentar com ou sem queixas abdominais, sendo também de considerar uma leucocitose inexplicada numa pessoa hospitalizada. A existência de diarreia ligeira ou mesmo de abdómen agudo sem diarreia pode ser indicador de infeção pelo *Clostridium difficile*. A infeção por este microrganismo sem a presença de diarreia, pode ser considerado um mau prognóstico, revelando o atingimento do colon proximal, a existência de íleo paralítico ou megacólon tóxico. Nos casos mais complexos é de considerar a existência perfuração do intestino, colite fulminante, megacólon tóxico e empiema cerebral (César, 2010).

O tratamento passa, numa primeira linha, pela suspensão do antibiótico desencadeante, desde que não haja contra-indicação. Devendo ser iniciada terapêutica antibiótica específica e controlo dos desequilíbrios hidroelectrolíticos. Os fármacos antidiarreicos deverão ser evitados. O tratamento passa por metronidazol para a doença moderada e vancomicina como fármaco de segunda linha; para os doentes que não respondem ao tratamento convencional fica-lhes reservado a colectomia (César, 2010).

As estratégias para o controle do *Clostridium difficile* assumem importância fundamental, assim e segundo a Norma de Procedimento n.º 19/I/S de 3 de agosto de 2011 (ANEXO VIII), podemos perceber que é preconizado a instituição de isolamento de contato. São também divulgadas recomendações como a colocação da pessoa em quarto individual; a lavagem das mãos com sabão e água, tendo em conta que as soluções de base alcoólica não destroem as formas esporuladas do microrganismo; a individualização do material de uso clínico; a forma de higienização das instalações; as indicações que os doentes e visitantes deverão ter que seguir tendo como finalidade a prevenção da transmissão do germe.

Pela sua importância e atualidade esta norma será parte integrante do guia de integração de novos enfermeiros no serviço de urgência geral do CHBA.

7.3. Mycobactérium tuberculosis

A tuberculose pulmonar apresentou em 2011, 2231 novos casos em Portugal, o que representa uma taxa de 21 por 100 mil habitantes, mantendo a tendência de diminuição que se verifica desde 2002. No caso específico do distrito de Faro, houve 102 novos casos, com uma taxa de 22,6 por 100 mil habitantes. No CHBA foram detetados durante o ano de 2011, 36 novos casos, mantendo uma estabilidade dos números nos últimos cinco anos, exceto para o ano de 2010, onde existiram 48 novos casos.

O agente causal é o *Mycobacterium tuberculosis*, é transportado por via aérea, através de partículas, que são produzidas pela tosse, espirros ou fala de pessoas com infeção pulmonar ou laríngea daquele microrganismo. As partículas com dimensões que podem variar entre o 1 e 5 microns, podem permanecer em suspensão durante várias horas, sendo a via aérea a única forma de transmissão. Diz-nos o National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention (2011) que os fatores que interferem com a probabilidade de contrair infeção com o *Mycobacterium tuberculosis* são:

- Suscetibilidade individual, que varia com o estado imunitário da pessoa;
- A infecciosidade, relacionada com o número de bacilos que a pessoa infetada expete para o ar, quanto mais bacilos expelidos maior a probabilidade de infetar outro;
- Ambientais, que condicionam a concentração de bacilos num determinado espaço, como a dimensão ou a circulação do ar nesse espaço;
- A exposição ao bacilo, a duração, a frequência e a proximidade.

Tendo em consideração a capacidade de transmissão que o bacilo *Mycobacterium tuberculosis* tem para pessoas suscetíveis, como aquelas se encontram em serviços de saúde, é descrito pela Norma de Procedimento n.º 1/I/S do CHBA, de 27 de janeiro 2010 (ANEXO IX), as recomendações para a prevenção da transmissão nosocomial da tuberculose. Nestas recomendações podemos ler que o objetivo principal é contribuir para a prevenção da transmissão intra-hospitalar da tuberculose, quer aos doentes, aos trabalhadores e às visitas. Para cumprir este objetivo é fundamental aquando

da presença de um alto índice de suspeita da doença, um diagnóstico rápido, um tratamento correto e o isolamento dos doentes bacilífero.

A Norma de Procedimento n.º 1/I/S do CHBA, de 27 de janeiro 2010, recomenda o isolamento respiratório e define o tipo de máscaras a serem utilizadas em diferentes situações de contacto com doentes em fase bacilífera; a vigilância epidemiológica dos funcionários da instituição; as restrições à atividade profissional decorrente da infeção pelo bacilo ou pela maior suscetibilidade do profissional e emite algumas considerações gerais.

Pela sua importância e atualidade esta norma será parte integrante do guia de integração de novos enfermeiros no serviço de urgência geral do CHBA.

7.4. *Acinetobacter baumannii*

As infeções por *Acinetobacter baumannii* têm nos últimos anos apresentado uma relevância crescente, em grande parte pela sua capacidade de desenvolver mecanismos de resistência a diferentes classes de antibióticos, Peleg et al. (2008, cit. por Silveira, 2011), e também pela capacidade de permanecer por longos períodos em ambiente hospitalar, potenciando a possibilidade de disseminação nosocomial, Falagas et al. (2006, cit. por Silveira, 2011).

Os valores da incidência da IACS pelo *Acinetobacter baumannii* demonstram uma tendência de crescimento na generalidade dos países, no entanto são reconhecidos grandes diferenças entre diferentes países Falagas et al. (2008, cit. por Silva, 2009), no caso português houve um aumento desde 1998, em especial nas unidades de cuidados intensivos, Da Silva et al. (2007, cit. por Silva, 2009). A CCI do CHBA no seu relatório de atividades relativo ao ano de 2011, apresenta a deteção de 0,21 por cada 1000 dias de internamento de *Acinetobacter baumannii*, estes valores francamente agravados relativamente aos anos anteriores, são o reflexo do surto deste microrganismo que ocorreu durante 12 semanas na unidade de cuidados intensivos naquele ano (CHBA, 2012).

Os alvos privilegiados deste agente, são os indivíduos mais frágeis, em especial aqueles que estão internados com infeções graves, sem a pele íntegra, entre outros, Sebeny et al. (2008, cit. por Silveira, 2011). O *Acinetobacter baumannii* adapta-se com facilidade a diferentes ambientes,

assim é possível encontra-lo em ambiente hospitalar em diferentes superfícies como ventiladores, condutas de ar, equipamento de RX e são capazes de sobreviver por longos períodos de tempo em diferentes condições ambientais Fournier & Richet (2006, cit. por Silveira, 2011).

O *Acinetobacter baumannii* manifesta-se especialmente através de pneumonias, bacteriémias, infecções do trato urinário, infecções da pele, dos tecidos moles, meningite e noutras formas mais raras Gaynes et al (2005, cit. por Silva, 2009).

Tendo em consideração a tendência para uma cada vez maior resistência à terapêutica antimicrobiana, à sua resistência no meio ambiente e os custos associados à infeção e ao respetivo tratamento, foi elaborada pela CCI do CHBA a Norma de Procedimento n.º 20/I/S, de 4 de fevereiro de 2009, (ANEXO X) com as recomendações para a prevenção da transmissão intra-hospitalar de *Acinetobacter baumannii* multirresistente e outros bacilos gram negativos não fermentativos. Nesta norma está descrita a epidemiologia, os reservatórios animados e não animados mais frequentes, as vias de transmissão, as medidas preventivas e as medidas para a vigilância epidemiológica. De entre as medidas preventivas recomendadas conta-se os cuidados com a higiene das mãos, a utilização de equipamento de proteção individual, o cuidado com a limpeza e descontaminação das instalações e a colocação do doente em isolamento de contacto.

A norma de procedimento com as recomendações para evitar a transmissão do *Acinetobacter baumannii* elaboradas pela CCI do CHBA, será parte integrante do guia de integração de novos enfermeiros no serviço de urgência geral do CHBA, pela importância crescente que este microrganismo tem nas IACS, pela crescente resistência aos antibióticos e pela capacidade para resistir a condições ambientais adversas.

8. ISOLAMENTOS

O isolamento surge pela necessidade de estabelecer barreiras físicas capazes de limitar ou suprimir a transmissão de agentes infecciosos entre pessoas doentes, entre os doentes e os prestadores de cuidados e entre os prestadores de cuidados e os doentes. Há uma tendência crescente para que doentes com infeções estejam internados em serviços não especializados em patologia infecto-contagiosa. Esta situação conduz a situações específicas de risco de infeção nosocomial que devem de ser previstas nos programas de controlo da infeção (Administração Regional de Saúde do Algarve, 2008). Assim, a CCI do CHBA previu a necessidade de serem instauradas medidas para a prevenção da transmissão da infeção tendo em conta as fontes e as vias de transmissão específicas de cada tipo de agente patogénico. Desta forma, foi elaborada a norma de procedimento n.º 3/I/S em 2011, de 21 de dezembro de 2011. Nesta norma podemos ler as recomendações sobre as precauções básicas na prevenção da transmissão da infeção, nomeadamente no que diz respeito à higiene das mãos, à utilização das barreiras protetoras, sobre o manuseamento de material e o controlo do ambiente

Os isolamentos são classificados como de proteção ou de contenção. O isolamento de proteção é definido como a tentativa de proteger o doente com a imunidade comprometida, de agentes com origem noutros reservatórios; por sua vez o isolamento de contenção, tem como objetivo evitar a transmissão de agentes infecciosos com origem em pessoas infetadas, para outros, quer sejam doentes, profissionais da instituição ou visitas. O isolamento de contenção considera os microrganismos que são transmitidos por via aérea, através de gotículas e por contacto, quer este seja direto ou indireto (CHBA, 2011).

O isolamento de proteção prevê quarto individual ou partilha de quarto com outras pessoas na mesma condição, desde que não sejam portadores de doença transmissível. A entrada de profissionais no quarto implica a utilização de equipamento de proteção individual. A norma faz referência aos cuidados com a alimentação, a higiene e a deslocação destes doentes a outros serviços. São também efetuadas recomendações quanto à gestão das visitas aos doentes com isolamento de proteção.

O isolamento de contenção baseado na transmissão por via aérea, isolamento respiratório, destina-se ao controlo de patologias que se propagam através do ar por partículas com dimensão inferior a 5 microns, que pela sua dimensão permitem a sua suspensão e dispersão pelo espaço próximo, são os casos da tuberculose, sarampo ou varicela. A norma de procedimento n.º 3/I/S do CHBA, reflete sobre as instalações, o equipamento e o pessoal assistencial às pessoas em isolamento respiratório. A norma de procedimento enumera também as recomendações relativas à higiene, à alimentação, à deslocação de doentes a outros serviços e à gestão das visitas daqueles doentes.

As gotículas são geradas por espirros, tosse, fala ou através de procedimentos como aspiração de secreções ou fibroscopia brônquica. Têm dimensões superiores a 5 microns, razão pela qual conseguem apenas progredir menos de 1 metro e não ficam em suspensão. O isolamento para gotículas é utilizado para patologias como tosse convulsiva, difteria, *Haemophilus Influenza* entre outras. A norma de procedimento n.º 3/I/S do CHBA, recomenda as medidas a serem adotadas no que diz respeito às instalações, ao equipamento e ao pessoal, aos cuidados com a higiene, com a alimentação, ao transporte e à gestão das visitas para pessoas que estão em isolamento respiratório.

O isolamento de contato é instituído para pessoas com suspeita ou confirmação de infeção ou colonização por agentes patológicos com importância epidemiológica, cuja transmissão é efetuada por contacto quer direto quer indireto. O contato direto é aquele que ocorre pessoa a pessoa durante a prestação de cuidados; o contato indireto é aquele em que a transmissão ocorre passivamente através de um objecto intermediário (normalmente inanimado). São exemplos deste tipo de transmissão as infeções ou colonizações respiratórias, cutâneas ou gastrointestinais por agentes patogénicos multirresistentes ou epidemiologicamente relevantes, casos dos já referidos MRSA, *Clostridium difficile* ou do *Acinetobacter baumannii*. A norma de procedimento n.º 3/I/S do CHBA recomenda as medidas a serem adotadas no que diz respeito às instalações, ao equipamento e ao pessoal, aos cuidados com a higiene, com a alimentação, ao transporte e à gestão das visitas para pessoas que estão em isolamento de contato.

Pela importância crescente que as infeções têm na prestação de cuidados e sendo o isolamento uma das formas prevenir a transmissão de microrganismos

a norma de procedimentos n.º 3/I/S do CHBA (ANEXO XI) será parte integrante do guia de integração de novos elementos no serviço de urgência geral.

9. COLHEITAS DE PRODUTOS BIOLÓGICOS

Os resultados das análises das culturas são importantes no estabelecimento do diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas. Mas estes resultados só serão relevantes se as amostras forem de boa qualidade, em quantidade suficiente e com uma colheita adequada. No campo da colheita de espécimes para análise os enfermeiros têm um papel fundamental na colheita destes produtos, sendo dado especial relevo ao sangue e urina (Fonseca et al. 2004).

Durante as colheitas deverão ser seguidas todas as normas básicas de segurança, considerando todos os produtos como potencialmente perigosos e utilizando os equipamentos de proteção individual adequado a cada situação. Deverá haver o cuidado de não contaminar o exterior do recipiente, diminuir o número de manuseamentos e o transporte deverá ser efetuado em dispositivo apropriado.

As colheitas deverão ser efetuadas antes do início da antibioterapia, de forma a evitar a contaminação da amostra pela flora saprófita do indivíduo ou do ambiente e garantindo a correta identificação.

9.1. Hemoculturas

O protocolo de atuação n.º 54 do CHBA “colheita de sangue para hemocultura” define a hemocultura como uma recolha de sangue venoso, seguida de cultura, tendo em vista a identificação de o agente causal de uma infeção. Referindo o sangue como um produto biológico estéril, um microrganismo isolado numa hemocultura é geralmente o agente etiológico da infeção. O protocolo descreve de forma pormenorizada os diferentes passos para a realização da hemocultura, tal como material e o equipamento necessário, o volume de sangue necessário e o número de colheitas e o momento apropriado para a sua realização.

9.2. Uroculturas

Geralmente a urina é um líquido biológico estéril, no entanto durante a micção a passagem da urina pela uretra arrasta os microrganismos que a colonizam, podendo induzir a erros na sua interpretação.

A colheita de urina, conforme diz Fonseca et al. (2002) pode ser efetuada de diferentes formas: a micção “jato médio”; a punção do cateter vesical; a punção supra-púbica; a drenagem de nefrostomia / ureterostomia.

A colheita através do jato médio da micção deverá ser efetuada preferencialmente pela manhã, com lavagem do meato urinário com água e sabão. Após a limpeza deverá primeira porção do jacto urinário ser desperdiçada e fazer-se a recolha da urina proveniente do jato médio diretamente para recipiente esterilizado.

A urina pode ser também colhida através da punção da sonda vesical, esta técnica encontra-se descrita na Norma de Procedimento n.º 15/I/S do CHBA, de 21 de outubro de 2009 “recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário”, onde é defendida a clampagem da algália cerca 10 ou 15 minutos antes da colheita, a desinfeção das mãos e a colocação de luvas esterilizadas. Desinfetar a zona de punção da algália com álcool e fazer a colheita de 10 a 15 cc de urina, que deve de ser colocada em recipientes estéril e encaminhada para o laboratório. A colheita de urina a partir do saco coletor não está indicada.

Apesar de menos frequente é também possível a colheita de urina através da punção supra-púbica, devendo ser dada especial importância à desinfeção da pele.

Outro método para colheita possível é através do cateter existente de uma nefrostomia ou ureterostomia, onde a colheita é efetuada diretamente do cateter para um recipiente esterilizado.

O enfermeiro tem um papel relevante na colheita de produtos biológicos, sangue e urina. Este procedimento é fundamental para determinar o agente causal de infeções, como tal torna-se importante incluir o Protocolo de Atuação n.º 54 do CHBA (ANEXO XII) e a norma de procedimento n.º 15/I/S (ANEXO XIII) que emitem as recomendações para a realização desses procedimentos.

10. CONCLUSÃO

O relatório do estágio da CCI do CHBA permitiu materializar na forma escrita o trabalho desenvolvido durante o tempo de estágio. Durante as 14 horas foi possível para além de apresentar os objetivos de estágio, a metodologia de projeto e o ponto de evolução do projeto de intervenção no serviço do aluno, foi essencialmente um momento de compreender os principais objetivos da CCI e quais as áreas fundamentais para a prevenção e controlo da transmissão de infeção nosocomial. Em virtude do estágio foram selecionadas uma série de normas, que são a súmula, das normas relativas ao controlo e prevenção da infeção nosocomial do CHBA. Desta forma é possível afirmar que o objetivo de estágio foi alcançado.

Tal como já foi referido, este estágio e este relatório integram-se num projeto mais abrangente, o Projeto de Intervenção em Serviço, que está de acordo com as competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, como tal, foi efetuado o diagnóstico das necessidades em matéria de prevenção e controlo de infeção e está a ser desenvolvido o guia de integração de novos elementos no serviço, como estratégia a implementar no serviço de urgência visando a prevenção e controlo da infeção nosocomial.

BIBLIOGRAFIA

Administração Regional de Saúde do Algarve (2008). Precauções de isolamento. Consultado em 2 de Maio de 2005 através de http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=84&limit=15&order=hits&dir=DESC&Itemid=164&lang=pt

Agência Portuguesa do Ambiente; Direção Geral de Saúde (sd). Plano estratégico dos resíduos hospitalares 2010-2016. SI: Agência Portuguesa do Ambiente e Direção Geral de Saúde.

Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (2012). Relatório de atividades da Comissão de Controlo da Infecção de 2011. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Direção Geral de Saúde (2007). Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (2010). Orientação de boa prática para a higiene das mãos nas unidades de saúde. Documento de apoio. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (2012). Programa Nacional de Combate à Tuberculose. Ponto da Situação Epidemiológica e de Desempenho. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Fonseca, Sebastião, Martins, Ribeiro, Calheiros, Lito et al. (2004). Orientações para a elaboração de um manual de boas práticas em bacteriologia. S.l.: Instituto Nacional de Saúde, Dr. Ricardo Jorge, Observatório Nacional da Saúde.

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2002). Prevenção de infeções adquiridas no hospital. Um guia prático. Consultado em 2 de Maio de 2005 através de <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&acess=0>

National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention (2011). To View or Order the Core Curriculum on Tuberculosis. s.l: Centers for Disease Control and Prevention.

NP n.º 1/I/S do CHBA (2010). Recomendações para a prevenção da transmissão nosocomial da tuberculose. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

NP n.º 1/IV/H do CHBA (2010). Classificação e triagem de resíduos hospitalares. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

NP n.º 10/I/S do CHBA (2011). Fardamento assistencial. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

NP n.º 12/I/S do CHBA (2010). Recomendações para a prevenção da transmissão nosocomial de MRSA. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

NP n.º 15/I/S do CHBA (2009). Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

NP n.º 19/I/S do CHBA (2011). Recomendações para o tratamento e prevenção da transmissão cruzada de *Clostridium difficile*. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

NP n.º 2/IV/H do CHBA (2010). Classificação e triagem de resíduos hospitalares. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

NP n.º 20/I/S do CHBA (2009). Recomendações para a prevenção da transmissão intra-hospitalar de *acinetobacter baumannii* multiresistente e outros bacilos gram negativos não fermentativos. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

NP n.º 22/I/S do CHBA (2011). Recomendações de boa prática para a higiene das mãos no CHBA. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

NP n.º 3/I/S do CHBA (2011). Isolamentos. Precauções básicas e precauções baseadas nas vias de transmissão. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

NP n.º 7/I/S do CHBA (2011). Controlo e prevenção de surtos de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Política n.º 10 do CHBA (2010). Política de controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Protocolo de aCtuação n.º 54 do CHBA (2007). Colheita de sangue para hemocultura. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Silva, R. (2009). A Importância do *Acinetobacter baumannii* na infeção adquirida nos cuidados de saúde. (Dissertação de Mestrado). Porto: Faculdade de Medicina do Porto, Universidade do Porto.

Silveira, M. (2011). *Acinetobacter baumannii* em meio hospitalar. (Dissertação de Mestrado). Aveiro: Departamento de Biologia, Universidade de Aveiro.

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SETÚBAL
I Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica
Estágio III

**ANÁLISE DOS PLANOS DE EMERGÊNCIA
INTERNO E EXTERNO DO CENTRO HOSPITALAR
DO BARLAVENTO ALGARVIO**

(PROJECTO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO)

**Aluno: Jorge Gomes da Silva
Orientadora: Enf.ª Paula Costa
Professora: Alice Ruivo**

JUNHO 2012

SIGLAS

CHBA, EPE – Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, Entidade Pública Empresarial

CHBA/P - Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio – Unidade de Hospitalar de Portimão

PEE - Plano de Emergência Externo

PEI - Plano de Emergência Interno

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1. CATÁSTROFE	7
2. O PLANO DE SEGURANÇA INTERNO	9
2.1. O plano de emergência interna	10
2.1.1. A situação de alerta	13
2.1.2. O plano de evacuação	13
2.1.3. As zonas de concentração	18
2.1.4. Restabelecimento da normalidade	20
3. O PLANO DE EMERGÊNCIA EXTERNO	21
3.1. Aspectos da organização do plano de emergência externa	21
3.2. O gabinete de crise	23
3.3. Fases do plano de emergência externa	24
3.4. Áreas do serviço de urgência	27
3.5. O armário de catástrofe	28
3.6. A identificação da vítima	29
4. REFLEXÃO SOBRE OS PLANOS	30
5. CONCLUSÃO	31
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS	32

ANEXOS

ANEXO I

Organograma Funcional do plano de segurança interno

ANEXO II

Organograma da estrutura organizacional do Plano de Emergência Interno

ANEXO III

Fluxograma de rotina de alarme e alerta

ANEXO IV

Instruções de segurança

ANEXO V

Circuito de evacuação do Serviço de Urgência Geral (1)

ANEXO VI

Circuito de evacuação do Serviço de Urgência Geral (2)

ANEXO VII

Organograma do gabinete de crise do CHBA, EPE

ANEXO VIII

Avaliação de prioridades em situação de catástrofe

ANEXO XIX

Resposta com meios permanentemente disponíveis – nível 1

ANEXO X

Resposta com recursos do hospital em situações especiais - nível 2

ANEXO XI

Resposta com recursos mobilizáveis em situação de emergência - nível 3

ANEXO XII

Planeamento de utilização de zonas e recursos humanos para os diferentes níveis de alerta

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Enfermagem Médico-cirúrgica II, no Módulo de Estágio III, do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal, propus-me a análise dos planos de emergência do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio com o objetivo de construir uma sumula de documentos importantes para a compreensão da forma de agir em situação de emergência.

A construção desde documento tem como foco, o desenvolvimento da competência do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica que, prevê a capacidade de dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, desde a sua conceção à ação (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O Projeto de Intervenção em Serviço, procura desenvolver um processo de integração de novos elementos no serviço de urgência. Os elementos que estão em integração necessitam conhecer a forma de proceder em situação de catástrofe quer interna quer externa. Assim o objetivo deste documento é a construção de uma sùmula de informação e documentos que possam ser integrados no programa de integração de novos elementos. Para além deste objetivo principal é também proposto:

- Conhecer os conceitos de catástrofe;
- Conhecer o plano de emergência interno;
- Conhecer o plano de emergência externo;
- Refletir sobre aspetos práticos dos planos de emergência.

De forma a melhor alcançar os objetivos propostos este trabalho está dividido em quatro partes. A primeira parte aborda o conceito de catástrofe e outros laterais necessários para compreender o tema a ser trabalhado; a segunda parte apresenta as principais ideias, conceitos e formas de operacionalizar o Plano de Segurança do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, para a unidade de Portimão, onde incluído neste se encontra o Plano de Emergência Interno. A terceira parte apresenta a proposta de Plano de Emergência Externa da Unidade Hospitalar de Portimão do Centro Hospitalar do Barlavento

Algarvio. A última parte deste trabalho apresenta uma reflexão sobre os dois planos de emergência anteriormente apresentados.

1. CATÁSTROFE

Uma catástrofe, segundo a Organização Mundial de Saúde, é qualquer acontecimento que cause estragos, destabilização económica, perda de vidas humanas e deterioração da saúde e dos serviços de saúde, a um nível tal, que justifique uma mobilização excecional de auxílios vindos de fora. Este conceito traduz-se num fluxo intenso de vítimas, destruição de ordem material intensa e uma desproporcionalidade entre os meios humanos, materiais de socorro o número de vítimas a socorrer (Bandeira, 2008).

Os níveis de gravidade são em Portugal definidos pela Lei de Bases da Proteção Civil, Lei n.º 27/2006 de 3 de Julho, que no seu artigo 3º diz que acidente grave “é um acontecimento inusitado, com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente”. Por sua vez no que diz respeito a catástrofe, esta é definida como “um acidente grave ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido sócio-económico em áreas ou na totalidade do território nacional”.

O conceito de Acidente Catastrófico de Efeitos Limitados, também deve ser tido em conta, sendo este definido por Gandra e referido por Gregório e Pires (2011), é um acidente catastrófico limitado no tempo (algumas horas), no espaço (confinado ao local onde se desencadeou, ou à sua proximidade) havendo entre 10 e 100 sinistrados.

Perante a eventualidade de situações de catástrofe é necessário existir planeamento antevendo estas situações. É necessário ponderar a existência de catástrofe externa à estrutura de saúde, que também a pode atingir, de incidentes que apenas afetem a estrutura hospitalar e de outras situações que não afetem a estrutura hospitalar, mas que pela sua natureza assistencial esta tem que dar resposta.

A Lei do Código de Trabalho, a Lei n.º 99/2003, de 27 de agosto, no artigo 273º, na i) refere que as empresas devem “Estabelecer, em matéria de primeiros socorros, de combate a incêndios e de evacuação de trabalhadores, as medidas que devem ser adoptadas e a identificação dos trabalhadores responsáveis pela sua aplicação, bem como assegurar os contactos

necessários com as entidades exteriores competentes para realizar aquelas operações e as de emergência médica”. Também o Regulamento do Código do Trabalho, Lei n.º 35/2004 de 29 de julho, no seu artigo 220º, diz que “a empresa ou estabelecimento, qualquer que seja a organização dos serviços de segurança, higiene e saúde no trabalho, deve ter uma estrutura interna que assegure as actividades de primeiros socorros, de combate a incêndios e de evacuação de trabalhadores em situações de perigo grave e iminente, designando os trabalhadores responsáveis por essas actividades”. Assim o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, Entidade Pública Empresarial (CHBA, EPE) para a sua unidade de Portimão, onde se situa o serviço de urgência geral, tem um Plano de Emergência Interno (PEI) e tem um projeto de Plano de Emergência Externo (PEE) que ainda se encontra a aguardar aprovação pelo Conselho de Administração.

2. O PLANO DE SEGURANÇA INTERNO

Existe com a data de julho de 2011, elaborado pela empresa Certitecna, um Plano Geral de Segurança da unidade de Portimão do CHBA, EPE. Este plano tem como objetivo fundamental “compilar a informação relevante no âmbito dos sistemas de segurança instalados no Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio – Unidade de Hospitalar de Portimão (CHBA/P), de forma a assegurar a operacionalidade permanente dos mesmos” (Certitecna, 2011, p.29). Todas as referências ao Plano de Segurança Interna do CHBA, EPE são baseadas naquele documento.

O documento apresenta o **Organograma Funcional** do plano de segurança interno (ANEXO I), indicando as várias entidades e estruturas que o integram.

Este organograma, indica o **Presidente do Conselho de Administração** (Responsável de Segurança) como o responsável máximo pela segurança de pessoas, bens e operacionalidade do CHBA, EPE. Este elemento assegura o planeamento de todos procedimentos de segurança, com responsabilidade na direção e coordenação das ações que salvaguardem a vida humana, protejam o ambiente e preservem o património (Certitecna, 2011). O **Delegado de Segurança**, que é o **Gestor de Risco Geral** do CHBA, EPE, aparece como segundo responsável pela gestão de segurança e deve assegurar a execução de todas as ações de segurança programadas, dirigindo e coordenando as diversas tarefas.

A **equipa de vigilantes**, funcionários de uma empresa de segurança, contratada em outscorsing tem postos fixos e móveis dentro do perímetro do CHBA, EPE. Estes asseguram a vigilância das instalações durante as 24 horas. Como parte integrante da vigilância existe a **Central de Segurança**, no piso 0, junto ao átrio principal, onde se encontra em permanência um elemento da empresa de segurança. A equipa de vigilância funciona na dependência do Delegado de Segurança, são responsáveis pela verificação das instalações de segurança e por informar as situações anómalas que possam afetar pessoas e bens (Certitecna, 2011).

O **Grupo de Operações de Manutenção** é responsável pela manutenção interna, preventiva e corretiva. Na dependência do Delegado de Segurança,

executa ações de segurança como: a execução de planos de inspeção e manutenção de sistemas e equipamentos das instalações (Certitecna, 2011).

2.1. Plano de Emergência Interno

Incluído no Plano de Segurança Interno encontra-se o **Plano de Emergência Interno** (PEI), que tem como objetivo definir a estrutura organizativa dos meios humanos e materiais existentes, e estabelecer os procedimentos de gestão da emergência, de forma a procurar garantir a salvaguarda de pessoas, do ambiente, do património e da operacionalidade do CHBA, EPE (Certitecna, 2011). Este plano responde à necessidade de gerir eventuais situações de emergência que ocorram nas instalações, devendo-se articular com o plano de emergência do serviço de urgência que está pensado para responder a situações da comunidade que sejam drenadas para o serviço de urgência.

O Plano de Emergência Interno pressupõe uma estrutura organizacional, que é apresentada em organograma (ANEXO II).

Diretor do Plano de Emergência Interna

O Presidente do Conselho de Administração, na qualidade de Diretor do Plano de Emergência Interno, deve tomar as decisões para debelar e minorar o sinistro, com o apoio do Delegado de Segurança.

Conselho Estratégico

O Diretor do Plano de Emergência Interno, tem o apoio do **Conselho Estratégico**, constituído pelo **Diretor Clínico, Enfermeiro Diretor, Diretor do Serviço de Instalações e Equipamentos, Serviços de Apoio** – aprovisionamento e farmácia; **Coordenador Geral de Evacuação** e pelos **Diretores de Serviço e Enfermeiros Chefes** dos serviços afetados. Estes elementos em conjunto com o Delegado de Segurança, devem coordenar a evacuação dos doentes das zonas atingidas para as zonas de concentração previstas, garantindo a assistência clínica a estas pessoas, sendo esta da responsabilidade do Diretor Clínico.

Gabinete de imagem e comunicação

O gabinete de imagem e comunicação teve garantir a relações com a comunidade, comunicação social e também com os colaboradores do CHBA, EPE.

Delegado de Segurança

O Delegado de Segurança em situação de emergência deve:

- Coordenar os vigilantes, o Grupo de Operações de Manutenção, Grupo de Apoio Logístico e Financeiro e o Grupo de Intervenção/Evacuação na resposta à situação de emergência;
- Assegurar a execução das operações de combate ao sinistro, visando a minimização das consequências para pessoas e instalações;
- Identificar a necessidade de realizar operações de evacuação em coordenação com o Diretor do Plano de Emergência Interno;
- Assegurar a informação pertinente ao Diretor do Plano de Emergência Interno, ao conselho Estratégico e ao Gabinete de Imagem e Comunicação;
- Garantir ligação entre as equipas externas e internas da instituição;
- Garantir o acesso controlado às áreas afetadas em coordenação com a Equipa de Vigilantes e autoridades.

Central de Segurança

A Central de Segurança assume um papel fundamental, já que é lá que se encontra a **Central de Detecção de Incêndios**. Contatável pelos telefones: **1117; 282 450 301** ou **965 959 501**, tem como funções:

- Garantir a confirmação de alarmes;
- Informar o Delegado de Segurança sempre que existirem alarmes confirmados;
- Dar e confirmar o alerta para as Forças de Socorro Externas.

Equipa de Vigilantes

A equipa de vigilantes da empresa de segurança tem a missão de:

- Garantir o controlo de acessos às áreas afetadas;
- Colaborar nas operações de evacuação.

Grupo de Operações de Manutenção

O Grupo de Operações de Manutenção é constituído por técnicos do Serviço de Instalações e Equipamentos. A sua função está relacionada com a criação

de estruturas, nos locais provisórios de alojamento de doentes, assim como a execução das operações de reparação para restabelecer a normalidade operacional.

Grupo Logístico e Financeiro

O Grupo Logístico e Financeiro, tem a coordenação do Diretor Financeiro e tem a missão de prestar a assistência necessária às pessoas deslocadas dos pisos sinistrados e que se encontrem nas zonas de concentração. Auxiliar no encaminhamento de pessoas para outras unidades e proporcionar mecanismos de apoio financeiro para a resposta à situação de emergência.

Grupo de Intervenção e Evacuação

O Grupo de Intervenção e Evacuação é constituído por:

- Um elemento da sala de gestão técnica centralizada de turno, ou pelo vigilante móvel, cuja função é confirmar os alarmes e realizar as ações de primeira intervenção;
- Uma equipa de coordenadores de evacuação por serviço, coordenada pelo responsável de turno, que tem como missão garantir a evacuação dos doentes, visitas e funcionários em condições de segurança, bem como decidir sobre a zona de concentração para onde os doentes deverão ser conduzidos;
- Um Coordenador Geral de Evacuação, que tem a função de reunir a informação sobre a forma como está a decorrer a evacuação e transmitir essa informação ao Delegado de Segurança. Cada Zona de Concentração deverá ter um coordenador, que deverá preparar e gerir os recursos disponíveis para a receção e estadia das pessoas na sua área de responsabilidade.

2.1.1. A Situação de Alerta

A existência de um alarme de alerta pressupõe o desencadeamento de uma série de ações que são descritas através do fluxograma de alarme e alerta (ANEXO III). Neste fluxograma estão indicados os procedimentos indicados aquando do alarme de incêndio, podendo este ser originado por deteção humana ou através do **Sistema Automático de Deteção de Incêndios**. Este pode conduzir a vários desfechos, nomeadamente o alarme não ser

confirmado, o alarme ser confirmado mas a situação é debelado por meios próprios ou haver a necessidade de recurso às **Forças de Socorro Externas**, sendo esta ativação da responsabilidade da Central de Segurança.

Ativação do Plano de Emergência Interna

A Ativação do Plano de Emergência Interna é ativado sempre que:

- Forças de Socorro Externas necessitem de intervir no edifício;
- Sempre que sejam necessárias ações de evacuação de doentes;
- Em exercícios.

Intervenção de Forças de Socorro Externas

As **Forças de Socorro Externas** atuam de acordo com as suas próprias hierarquias, em articulação com o **Delegado de Segurança**, sendo de considerar a disponibilização de espaços próprios para atuação daqueles meios.

2.1.2. O Plano de evacuação

O plano de evacuação estabelece as instruções e os procedimentos a adotar para promover uma evacuação rápida e segura de todas as pessoas presentes no CHBA,EPE aquando uma situação de emergência. Esta deverá seguir os seguintes princípios:

- Após a análise da situação o **Delegado de Segurança** propõe a evacuação, ao **Diretor do Plano de Emergência**;
- O **Conselho Estratégico**, identifica as zonas de concentração e os doentes que necessitam de transferência para outras unidades de saúde;
- A ordem de evacuação é transmitida de forma verbal.

Cada um dos elementos tem um papel fundamental na evacuação de serviços ou mesmo de todo o edifício.

O Delegado de Segurança

Deve:

- Coordenar as ações necessárias à evacuação de acordo com as instruções do Diretor do Plano de Emergência Interno, sendo que na sua ausência é o coordenador;
- Faz ponto da situação com a Central de Segurança, para perceber a existência de pessoas em falta ou feridos assegurando o seu socorro;
- Fazer ponto de situação com o Conselho Estratégico, para adotar a estratégia de evacuação e definir as zonas de concentração a serem utilizadas;
- Coordenar com as forças de socorro externas as ações de evacuação.

O Vigilante da Central de Segurança

- Informar a **Equipa de Vigilantes** presentes;
- Informar os Coordenadores de Evacuação e o Coordenador Geral de Evacuação sobre o início da evacuação e quais as áreas a serem evacuadas;
- Receber e registar as informações do Coordenador Geral de Evacuação sobre evacuações concluídas;
- Por indicação do Delegado de Segurança contactar organismos necessários;
- Centralizar informação da evolução do sinistro, nomeadamente de feridos ou de desaparecidos e informar o Delegado de Segurança.

O Conselho Estratégico

O Conselho Estratégico deverá ser convocado e deve comparecer no Centro de Operações de Emergência, e:

- Define as zonas de concentração a serem ativadas;
- Define outros serviços do hospital que possam receber as pessoas evacuadas e articula com os respetivos responsáveis;
- Acompanha com os Coordenadores de Zona de Concentração o número de pessoas presentes nesses espaços;
- Contacta com outros hospitais, se prever a necessidade de transferência de doentes para o exterior e assegura o transporte;
- Informa o Delegado de Segurança, de:

- Anomalias nas zonas de concentração e propõe medidas corretivas;
- Suspeita de pessoas retidas no local de evacuação;
- Necessidades de apoio clínico nas Zona de Concentração;
- Articular com o Coordenador Geral de Evacuação, para:
 - Conhecer o destino das pessoas evacuadas na Zona de Concentração;
 - Conhecer as pessoas retidas no local de evacuação;
 - Acompanhar a evolução da evacuação.
- Em articulação com o Grupo de Apoio Logístico e Financeiro, disponibilizar medidas de conforto, como alimentação e agasalhos;
- Aquando da desativação das Zona de Concentração, manter o acompanhamento no regresso dos evacuados aos seus locais de origem.

Os Coordenadores de Evacuação

Após indicação de evacuação pelo Delegado de Segurança ou da Central de Segurança, devem:

- Fazer o acompanhamento de doentes e de visitas pela seguinte ordem:
 1. Doentes e visitas que se desloquem pelos próprios meios;
 2. Doentes total ou parcialmente dependentes, que não se desloquem pelos próprios meios e que estejam mais longe da saída;
 3. Doentes total ou parcialmente dependentes, que não se desloquem pelos próprios meios e que estejam mais próximos da saída.
- Encaminhar as pessoas para a Zona de Concentração indicada;
- Garantir os primeiros socorros a eventuais feridos e informar o Coordenador de Evacuação Geral da sua existência e localização;
- Garantir que ninguém fica retido nos diferentes espaços e que todos os compartimentos são verificados;
- Concentrar e controlar as pessoas das suas áreas de evacuação, informar o Coordenador Geral da Evacuação do fim da evacuação e informar de pessoas retidas.

O Coordenador Geral de Evacuação

Após contato do Delegado de Segurança ou da Central de Segurança deve:

- Através da Central de Segurança saber quais as áreas que estão a ser evacuadas;
- Confirmar e registar as áreas com evacuações terminadas, confirmar a existência de feridos à chegada à Zona de Concentração;
- Informar o Conselho Estratégico do processo de evacuação, nomeadamente área já evacuadas, a existência de feridos ou de desaparecidos.

Os Coordenadores das Zonas de Concentração

Após indicação de evacuação, devem:

- Através da Central de Segurança, saber quais os pisos que estão a ser evacuados;
- Preparar a sua Zona de Concentração para receber as pessoas evacuadas;
- Informar o Delegado de Segurança que o espaço se encontra preparado;
- Manter controlo na Zona de Concentração e ter noção da capacidade ainda existente;
- Informar o Conselho Estratégico, de:
 - Situação dos utentes;
 - Vagas existentes;
 - Necessidade de recursos materiais e humanos para prestar cuidados às pessoas evacuadas.
- Após desativação da Zona de Concentração, desenvolver ações necessárias para repor as condições necessárias, abandonar o local apenas após indicação do Delegado de Segurança.

Os Vigilantes

Durante a evacuação devem:

- Cumprir as indicações da Central de Segurança, no que respeita à orientação de pessoas para as saídas disponíveis e controlo de acesso de pessoas ao edifício.

Estão fixadas plantas de emergência em diferentes locais, onde estão indicados:

- Os caminhos de evacuação e saídas de emergência;
- Localização dos meios de primeira intervenção;
- As zonas de concentração;
- Localização de botoneiras manuais de alarme.

2.1.3. As zonas de concentração

Existem dois tipos de zonas de concentração:

- TIPO I – Salas que permitam receber doentes que necessitem de administração de terapêutica e/ou gases medicinais:
 - **Hospital de dia** – 3 camas com gases medicinais;
 - **Cirurgia do Ambulatório** – 8 camas com gases medicinais;
 - **Serviço de Urgência Geral** – 21 camas com gases medicinais;
 - **No estacionamento do piso -2**, com possibilidade de 20 macas, com 10 pontos de ligação de gases medicinais.
- TIPO II – Espaços para doentes que não necessitem de cuidados semelhantes ao tipo I.
 - Em todos os pisos – **hall dos elevadores**.

Os pontos de reunião no exterior do edifício da unidade de Portimão do CHBA, EPE, destinam-se a visitas e a funcionários que não tenham funções atribuídas no âmbito do Plano de Emergência.

A rede elétrica

O CHBA recebe eletricidade do exterior através de empresas que disponibilizam os seus serviços. Quando há falha de energia, o gerador de emergência arranca automaticamente após alguns segundos.

Os elevadores

Os elevadores encontram-se equipados com dispositivo de chamada em caso de emergência. A informação de emergência nos elevadores chega até à Central de Emergência, onde o vigilante de serviço consegue entrar em contato

com os ocupantes do elevador para se iniciar as manobras de resgate das pessoas naquele meio.

Meios de extinção de fogo

O CHBA está equipado por distintos meios de combate a focos de incendio.

Extintores portáteis

Existe uma rede de extintores em pontos estratégicos do edifício hospitalar. Existem de ações de formação obrigatória para todos os funcionários que deverão frequentar uma vez a cada 3 anos, onde são transmitidas as instruções de como utilizar aqueles meios de combate a fogo e as suas especificidades.

Rede de combate a incêndios armada

Existe uma rede de bocas de incendio tipo carretel em pontos estratégicos do edifício hospitalar. Existem de ações de formação obrigatória para todos os funcionários que deverão frequentar uma vez a cada 3 anos, onde são transmitidas as instruções de como utilizar aqueles meios de combate a fogo e as suas especificidades.

Sistema automático de detecção de incêndios

Existe um sistema automático de detecção de incêndios que quando ativado deve desencadear uma serie de procedimentos por parte da equipa da equipa de vigilantes. Como confirmar a veracidade do alarme e desencadear os procedimentos de segurança adequados.

Diferentes situações previstas pelo Plano de Segurança Interno

O **Plano de Segurança Interno** prevê diferentes atuações conforme o tipo de ameaça, estando em plano indicadas as instruções para caso de:

- Incêndio;
- Derrame ou acidentes graves com produtos químicos e/ou gases medicinais;
- Fuga de gás;
- Violência e/ou agressão física;
- Fuga ou desaparecimento de doentes;
- Rapto de crianças;

- Sismo;
- Ameaça de bomba;
- Acidente no exterior das instalações com possibilidade de afetar a unidade hospitalar;
- Acidente com radiações ou material radioativo;
- Paragem de elevadores;
- Grandes inundações.

2.1.4. Restabelecimento da normalidade

Após o período crítico, o **Delegado de Segurança** deve:

- Certificar-se junto das forças de intervenção externas, que as operações de socorro terminaram;
- Providenciar a limpeza do local;
- Providenciar a substituição dos meios de intervenção utilizados;
- Providenciar a substituição de todo o material danificado;
- Verificar o normal funcionamento de todos os sistemas de segurança no local afetado;
- Repor a energia e o gás;
- Fazer relatório da ocorrência.

O serviço de urgência enquanto parte da estrutura do CHBA, EPE tem instruções de segurança a serem seguidas em caso de sinistro. Estas instruções estão descritas no (ANEXO IV) onde se podem ler procedimentos de prevenção e procedimentos em caso de emergência e as vias de evacuação previstas para o serviço (ANEXO V) e (ANEXO VI).

3. O PLANO DE EMERGÊNCIA EXTERNO

No CHBA para além do **Plano de Segurança Interno**, onde se inclui o **Plano de Emergência Interna**, existe também um plano de resposta a catástrofes externas. Este plano procura dar uma resposta organizada a um possível sinistro gerador de multi-vítimas externo à instituição. O plano procura identificar quais os riscos potenciais, reconhecer quais os recursos disponíveis, a organização dos recursos para um provável sinistro e a sua resposta da organização ao sinistro.

O projeto de plano de catástrofe externa do CHBA,EPE, encontra-se atualmente concluído e à esperada de aprovação, é fruto de um trabalho desenvolvido pelo Enfermeiro Supervisor Arsénio Gregório e pela Enfermeira Patrícia Pires e responde à necessidade de atualização do plano elaborado em 2004 para uma realidade do serviço de urgência diferente da atual.

3.1. Aspetos da organização do plano de emergência externa

A lógica de desenvolvimento do Plano de Emergência Externa é o chamado **all hazard**, porque procura dar resposta a qualquer evento, independentemente da sua tipologia ou contexto. Está concebido para ser ativado sem a presença dos responsáveis sectoriais, permitindo a sua ativação em qualquer momento, segundo o conceito de **hierarquias colapsáveis**. O provável desconhecimento do plano por todos os elementos da equipa levou à necessidade de construção de **cartões de ação** que informam o profissional das ações que tem de desenvolver e as suas prioridades (Gregório & Pires, 2011).

Níveis de resposta em situação de catástrofe

Os níveis de resposta estão de acordo com as solicitações ao serviço:

- **Alerta verde** (nível 1) – resposta com os meios permanentemente disponíveis;
- **Alerta laranja** (nível 2) – o hospital consegue responder com os recursos próprios, para situações de exceção;
- **Alerta vermelho** (nível 3) – resposta com mobilização de recursos externos à instituição.

Os riscos de catástrofe externa

A zona de implementação da unidade hospitalar de Portimão traduz-se em alguns riscos mais prováveis, que são apresentados no projeto e que se traduzem, em:

- Risco de sismos;
- Risco de cheia e inundações;
- Risco de incêndios florestais e urbanos;
- Risco de ciclones e tempestades;
- Risco de acidentes de tráfego, viação, ferroviário, com aeronaves, marítimos e fluviais;
- Risco de rutura de barragens;
- Riscos associados a eventos desportivos e de lazer.

Recursos disponíveis

São apresentados os recursos disponíveis para os diferentes três níveis de alerta. Isto ao nível:

- Dos recursos humanos;
- Da capacidade hospitalar;
- De diferentes serviços:
 - Dos serviços farmacêuticos,
 - Da imunohemoterapia,
 - Do aprovisionamento,
 - Da rouparia,
 - Do fornecimento de serviços de água e de eletricidade;
 - Do serviço de esterilização;
 - Da imagiologia;
- Dos meios de comunicação, onde são referenciadas a forma de comunicação, internamente e externamente em situação de catástrofe;
- Os meios de transporte quer do CHBA, quer das forças de socorro externas.

3.2. O Gabinete de Crise

O **Gabinete de Crise** é o órgão máximo em situação de crise. Chefiado pelo **Presidente do Conselho de Administração**, na sua ausência pelo **Diretor Clínico**, na ausência de ambos será do **Diretor do Serviço de Urgência** e na sua ausência de todos os outros será o **Chefe de Equipa de Urgência**. O **Gabinete de Crise** é representado pelo organograma do Gabinete de Crise (ANEXO VII). Neste modelo funcional é possível perceber a existência de um gabinete de comando que coordena todas as operações, adjuvado pelos sub-gabinetes de operações, de informação e comunicação e de logística.

Sub-gabinete de operações

Pode numa primeira fase ser chefiado pelo **Chefe de Equipa de Enfermagem** até à chegada de pessoal hierarquicamente superior até ao **Diretor Clínico**, que é o seu responsável máximo. É o responsável direto por informar da ativação do plano e do seu nível; distribuir os recursos materiais e humanos segundo as necessidades e regular o atendimento dos sinistrados.

Sub-gabinete de informação e comunicação

O sub-gabinete de informação e comunicação que deverá ter com responsável um **Administrador Delegado**, tem a função de gerir o fluxo de informação de relacionada com a atividade hospitalar de resposta à crise.

Sub-Gabinete de Logística

Tem a função de fornecer as condições materiais para o desenvolvimento das funções assistenciais aos sinistrados. Deverá ser coordenado por um **Administrador Hospitalar** e deverá ter a colaboração dos Serviços Farmacêuticos, dos Serviços de Instalações e Equipamentos, Serviço de Aprovisionamento e dos Serviços Gerais.

3.3. Fases do plano de emergência externa

Durante o decorrer de uma situação de exceção sucedem-se uma série de etapas que deverão ser sucessivamente ultrapassadas e adaptadas conforme a dimensão da situação e o nível de resposta do serviço.

Fase de alerta

A fase de alerta acontece a partir da receção e confirmação da comunicação de alerta pela **Central de Orientação de Doentes Urgentes** do Instituto Nacional de Emergência Médica, pelo Diretor do Serviço de Urgência ou pelo

Chefe de Equipa de Urgência. Conforme a situação descrita, deve ser informado o Diretor da Urgência Pediátrica ou o Chefe de Equipa da Urgência Pediátrica.

O **Chefe de Equipa** pode ativar do plano sem ter necessidade de consultar a hierarquia, contudo deverá informar o Diretor do Serviço de Urgência e/ou o Diretor Clínico. Após a ativação do Plano de Emergência são designados responsáveis pelos sub-gabinetes previstos e todos os registos passam a ser efetuados em papel.

Fase de alarme

O Gabinete de Crise deverá reunir no Gabinete nº 7 do Serviço de Urgência, onde passará a ser coordenado as ações de resposta ao sinistro.

Fase de Execução

A primeira missão do Gabinete de Crise será avaliar o evento, notificar as diferentes áreas do hospital da situação em que este se encontra, dar instruções para a execução do Plano de Emergência Externa, específicos para cada área. A ativação implica a fusão das duas Urgências da Unidade Hospitalar de Portimão (Geral e Pediátrica), a admissão de doentes com prioridade verde e azul passam a ser realizadas na Urgência da Unidade Hospitalar de Lagos.

Triagem de prioridades

A ativação do plano de emergência externa implica um processo específico de triagem de prioridades, tal como é apresentado no (ANEXO VIII) com a característica de:

- Ser efetuada no alpendre do serviço de urgência;
- Ser realizada por médico com experiência em emergência, com enfermeiro com experiência em triagem e de um administrativo;
- Ter um processo administrativo baseado nos documentos incluídos no kit catástrofe, apenas identificado com número que corresponderá posteriormente a um processo clínico a partir dos dados colhidos por administrativos colocados nas várias áreas de atendimento;
- É utilizado a triagem primária segundo o fluxograma da Catástrofe do Sistema de Triagem de Manchester.

Nível 1 - resposta com meios permanentemente disponíveis

O nível 1 pressupõe a resposta à situação com os meios habituais e permanentemente disponíveis, pressupondo-se uma receção inferior a 20 vítimas e implica os procedimentos previstos na resposta a catástrofes externas até 20 vítimas (ANEXO XIX).

Nível 2 - resposta com recursos do hospital em situações especiais

O nível 2 pressupõe a resposta com todos os seus recursos, incluído aqueles considerados ativáveis apenas em situação de exceção (ANEXO X). O Gabinete de Crise após realizar todos os passos do nível 1, deverá decidir se é necessário a expansão/evacuação de área do hospital; em caso afirmativo:

- Dará instruções para mobilizar pessoal tanto para atenção às vítimas da catástrofe (entre 20 e 50);
- Dará instruções para seleccionar os doentes que possam vir a ter alta;
- Dará instruções para localizar e mobilizar pessoal;
- Dará instruções para derivar doentes;
- Dará instruções para ampliar o hospital;
- Dará informações às autoridades.

A mobilização e o enquadramento de pessoal no nível 2, é um dos procedimentos mais importantes. É recomendado uma chamada por sectores, seguindo uma cadeia. A central telefónica do hospital chama o responsável por um sector de atividade, que tem a seu cargo prevenir 2 ou 3 dos seus colaboradores que por sua vez contactarão outros 2 ou 3, assim a chegada ao hospital será escalonada e sem sobressaltos, mediante uma rede de chamadas em “cascada”. Os profissionais contactados não devem telefonar para o hospital, devendo antes dirigir-se ao seu serviço e aguardar enquadramento na sua equipa.

Médicos – Mobilizados de forma seletiva, conforme as necessidades, quer de atendimento, quer de expansão do hospital através de altas.

Enfermeiros – mobilizados aqueles enfermeiros que estão em relação com as áreas de maior atividade na resposta à emergência. Deverão ser contactados

aqueles que deveriam de entrar ao serviço no turno seguinte e ponderar a passagem a turnos de 12 horas.

Assistentes Operacionais - os mesmos critérios da mobilização dos enfermeiros.

Outro pessoal sanitário - os mesmos critérios da mobilização dos enfermeiros.

Serviço de Instalações e Equipamentos – deverá comparecer no hospital o pessoal de prevenção.

A ampliação do hospital pode fazer-se por evacuação e/ou expansão. Cabe ao Gabinete de Crise que avaliar continuamente a capacidade do hospital e decidir:

- Transferir utentes para as unidades de internamento;
- Encerramento da urgência pediátrica, fundindo urgências, ficando este espaço reservado para o atendimento dos doentes menos graves (Prioridade Verde).
- Ativar Cirurgia do Ambulatório/Hospital de Dia, com uma capacidade de 11 camas com monitorização e gases medicinais.

Nível 3 - resposta com recursos mobilizáveis em situação de emergência

O Nível 3 implica a mobilização da totalidade dos recursos materiais e humanos, incluindo recursos externos ao hospital (ANEXO XI). Esta decisão será tomada pelo Gabinete de Crise.

A área da urgência deverá ser expandida ao máximo, ponderando a ativação da Consulta Externa de Psiquiatria como área de apoio ao Serviço de Urgência.

Às zonas definidas para o Serviço de Urgência deverá ser acrescentada a zona cinzenta, destinada a vítimas com escassa reversibilidade, cujo tratamento se realizará ou não, em função da capacidade de assistência das vítimas com maior viabilidade.

Equacionar a possibilidade de transferência de doentes estáveis para hospitais privados.

O Nível 3 implica o conhecimento da direção do Hospital, esta por sua vez comunicará às autoridades regionais e nacionais, perante a eventualidade da situação superar os limites da região.

Encerramento

Quando todas as vítimas foram admitidas no CHBA,EPE e que seja expetável poder voltar à laboração normal, o **Coordenador do Plano** encerra a ativação. Tem como consequência imediata voltar a fazer-se registos informaticamente. Deverá ser proporcionado a toda a equipa um espaço de reflexão dos aspetos positivos e dos aspetos a melhorar. Finalmente deverá ser elaborado o relatório final com a descrição de todas as incidências durante a ativação do plano.

3.4. Áreas do serviço de urgência

Durante uma situação de exceção as áreas do serviço de urgência são adaptadas às necessidades de prestação de cuidados e são previsivelmente organizadas nas seguintes zonas:

- Zona de Triagem;
- Zona Vermelha de Reanimação;
- Zona Amarela, de Tratamento Urgente;
- Zona Verde, de Tratamento não Urgente;
- Zona Cinzenta, de escassa reversibilidade;
- Zona Negra, de Irreversíveis e Falecidos.

As áreas do Serviço de Urgência serão reorganizadas, devendo ficar claramente identificadas mediante painéis coloridos (ANEXO XII).

3.5. O armário de catástrofe.

É previsto a existência de dois armários de catástrofe, localizado nos gabinetes das enfermeiras chefe da urgência geral e da urgência pediátrica. Estes serão utilizados quando o plano de emergência for ativado. Estes deverão conter:

- Guias de coordenadores (6);
- Catálogo de recursos (6);
- Placards para a identificação de diferentes áreas, vermelha, amarela, verde e preta (6 cada);
- Kits numerados 1-50 (urgência geral) e 51-100 (urgência pediátrica), sendo composto por:
 - 1 impresso de triagem de catástrofe (primária e secundária);

- 1 pulseira identificada com o número;
- 1 Pulseira identificada com o respetivo número;
- 1 boletim de admissão, com requisição de análises, exames de imagem e de pedidos de produtos de imunoterapia;
- 1 conjunto de tubos para colheita de sangue numerados;
- 1 Folha com autocolantes identificados de acordo com número do Kit.
- Folha de registo do Plano de Emergência:
 - Registo de activação;
 - Registos de área assistencial;
 - Registo de Identificação de vítimas;
 - Registo de intervenções dos coordenadores;
 - Impresso "Rede de Comunicação";
 - Carimbos identificativos de Plano de Emergência;
 - Marcadores de grande fixação (tinta preta);
- Sacos de cadáveres (50);
- Placa informativa: Hospital com plano de Emergência Ativo, dirija-se ao Serviço de Atendimento Permanente;
- Chaveiro com chaves de:
 - Chave do Armazém de Material de Consumo Clínico;
 - Chave do Hospital de Dia e da Cirurgia do Ambulatório;
 - Chave do Stock de Rouparia;
 - Chave da Central de Esterilização;
 - Chave do Armazém da Farmácia;
 - Chave do Auditório;
 - Chave da Consulta Externa Psiquiatria;
- Exemplares do Plano de Emergência (8);
- Lanternas a pilhas (6);
- Rádio a pilhas (1);
- Mantas térmicas (50).

3.6. A identificação da vítima

Efetuada numericamente através do kit catástrofe, que permite evitar erros na medicação e nos meios complementares de diagnóstico, com a mesma numeração estarão disponíveis sacos para espólio. A partir do número do kit catástrofe o assistente técnico regista a hora de chegada e assim que possível faz a identificação.

4. REFLEXÃO SOBRE OS PLANOS

A análise às soluções que são propostas como resposta para prováveis situações de catástrofe colocou algumas inquietações. Foi evidenciado que existem dois planos distintos para situações de emergência, um para situações que ocorram na instituição e outro para situações externas à instituição mas ao qual esta terá que dar resposta enquanto organismo assistencial. O Plano de Segurança Interno foi consultado junto ao Delegado de Segurança, que permitiu a consulta ao único plano existente na forma impressa. Sendo este um documento que entre outras coisas define a forma como o alerta deve ser dado ou como as evacuações de serviços são efetuadas, deveriam este, ter uma divulgação mais diversificada e generalizada pelos diversos setores da instituição.

O Plano de Emergência Externa, por sua vez, aguarda desde de Setembro de 2011 pela sua aprovação. Esta nova versão deverá, substituir o plano anterior que data de 2004, anterior às obras que decorreram no serviço de urgência e que alteraram de forma significativa a estrutura do serviço. Temos então como vetores fundamentais em situação de catástrofe no CHBA um Plano de Emergência Interno pouco divulgado e um Plano de Emergência Externo que está em projeto a aguardar a sua aprovação.

Os dois projetos avaliados poderiam e dever-se-iam articular entre si, podemos perceber que as estruturas criadas para responder às situações de catástrofe são similares, no entanto a lógica do plano de emergência externa é mais flexível, nomeadamente a prever que as estruturas hierárquicas podem ficar impossibilitadas de tomar decisões e que qualquer pessoa pode ter que as tomar decisões. Outro aspeto relevante está relacionado com estruturas que um plano prevê serem utilizadas e outras não, caso da garagem onde o Plano de Emergência Interna prevê a possibilidade de colocação de doentes e o plano para incidentes externos não. Como lógica de construção, estes planos dever-se-iam complementar, já a emergência interna e externa podem também elas se complementar, nomeadamente se a situação de catástrofe condicionar uma emergência interna e externa em simultâneo.

5. CONCLUSÃO

Neste trabalho foram analisados os documentos que organizam a assistência aos sinistrados em caso de catástrofe, quer interna quer externa do CHBA, EPE. Foi efetuada uma primeira contextualização do que é uma catástrofe e que quais são as obrigações legais das empresas com a segurança de pessoa e bens. Posteriormente foi efetuada uma análise detalhada dos documentos que sustentam a organização do sistema a implementar para dar resposta a sinistros que atinjam a comunidade ou o edifício hospitalar. Foi em primeiro lugar analisado o documento que estrutura a resposta a eventos danosos no interior das instalações do CHBA, EPE de Portimão. Posteriormente foi analisado o documento que procura, sistematizar a resposta a um eventual cenário causador de múltiplas vítimas na comunidade. Na parte final é apresentada uma breve reflexão sobre os dois planos existentes no centro hospitalar para dar resposta a situações de catástrofe, quer interna, quer externa e a articulação entre estes documentos.

Durante a realização deste trabalho houve a necessidade de ultrapassar algumas dificuldades, nomeadamente as relacionadas com a gestão de tempo e com algumas barreiras colocadas, nomeadamente para a consulta do Plano de Segurança Interno do CHBA. Estas dificuldades foram ultrapassadas pelo reforço do esforço e pela persistência na realização deste documento.

Os objetivos propostos foram alcançados na sua totalidade. Este trabalho foi a base para a construção do capítulo intitulado de “PLANOS DE SEGURANÇA” que faz parte do “MANUAL DE INTEGRAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL” do CHBA, EPE, que foi o objetivo principal da elaboração deste trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bandeira, R. (2008). Medicina de Catástrofe: Da exemplificação histórica à iatroética. Editora da Universidade do Porto: Porto.

Certitecna – Engenheiros consultores, SA (2011). Plano de segurança interno da unidade Hospitalar de Portimão do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Código de Trabalho, Lei n.º 99/2003, de 27 de agosto. Diário da República n.º197/2003 - I Série A. Lisboa: Assembleia da República.

Gregório, A., Pires, P. (2011). Projeto de elaboração do plano de emergência externa do centro hospitalar do barlavento algarvio. Portimão.

Lei n.º 27/2006, de 3 de Julho. Diário da República n.º 126 – I Série A. Lisboa: Assembleia da República.

Lei n.º 35/2004, de 29 de julho. Diário da República n.º 177/2004 – I Série A. Lisboa: Assembleia da República.

Ordem dos enfermeiros. (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Consultado em 1 de junho 2012, através de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf



Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE
PORTIMÃO · LAGOS

AVALIAÇÃO FINAL DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO

Nome do enfermeiro em Integração: _____

Nome do enfermeiro responsável pela integração: _____

Enfermeiro-chefe: _____

A avaliação é efetuada pela indicação de "cumpre" ou "não cumre" os objetivos estabelecidos para a integração de novos enfermeiros no serviço de urgência. O parecer é do enfermeiro-chefe é baseado na autoavaliação do integrando, na avaliação do responsável pela integração e ainda na sua própria observação da prática do enfermeiro em integração.

Objetivos		Autoavaliação		Heteroavaliação Enfermeiro Integrador	
		Cumpre	Não Cumpre	Cumpre	Não Cumpre
1ª SEMANA	Identificar os utentes antes de qualquer procedimento				
	Conhecer o circuito do utente no espaço do atendimento de adultos				
	Manusear o sistema informático ALERT				
	Validar, preparar e administrar medicação				
	Efetuar a colheita de produtos biológicos para análise				
2ª SEMANA	Fazer a triagem dos resíduos produzidos, colocando-os nos contentores apropriados				
	Prestar cuidados nas salas de pequena cirurgia				
	Prestar cuidados na sala de ortopedia				
	Prestar cuidados ao utente com indicação de isolamento				
	Gestão dos recursos materiais que tem à sua disposição				
3ª SEMANA	Fazer a passagem de turno dos utentes pelos quais esteve responsável				
	Acolher o utente chegado à zona de decisão clínica				
	Manuseamento do sistema informático ALERT				
	Fornecer informações na sua área de competência aos acompanhantes				
	Estabelecer as prioridades de atuação de acordo com a situação clínica dos diferentes utentes que tem à sua responsabilidade				
4ª SEMANA	Estabelece comunicação com utente e/ou pessoa significativas para planejar a alta				
	Preparar o utente para transferência para outro serviço de internamento				
	Funcionar com o processo de internamento informático através de aplicação CIPE/SAPE				
	Administrar a medicação de acordo com a prescrição médica eletrónica				
	Prestar cuidados holísticos aos utentes com processo de internamento				
	Demonstrar conhecimentos dos procedimentos de controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde				
	Efetuar transferências de utentes da área de decisão clínica, para o serviço de internamento				
	Efetuar espólio de valores à pessoa internada				
	Conhecer os procedimentos adequados em situação de emergência				

Parecer da enfermeira chefe:

O enf. em integração	O enf. integrador	O enfermeiro-chefe
N.º Mecanográfico	N.º Mecanográfico	N.º Mecanográfico

Portimão, _____ de _____ de _____

**AVALIAÇÃO SEMANAL DO PROCESSO DE
INTEGRAÇÃO**

Nome do enfermeiro em integração: _____

Nome do enfermeiro responsável pela integração: _____

Enfermeiro-chefe _____

ASPETOS POSITIVOS	
AUTOAVALIAÇÃO	HETEROAVALIAÇÃO

ASPETOS A MELHORAR	
AUTOAVALIAÇÃO	HETEROAVALIAÇÃO

PLANO DE MELHORIA

O enf. em Integração

N.º Mecanográfico

O enf. Integrador

N.º Mecanográfico

O enfermeiro-chefe

N.º Mecanográfico

Portimão, _____ de _____ de _____

GUIA DE INTEGRAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL DO CHBA

Nome do integrando _____

Responsável pela integração _____

Data de início do processo de integração ____/____/____

DURAÇÃO	ACOMPANHAMENTO, HORÁRIO E LOCAL DE FUNÇÕES	OBJETIVOS	ATIVIDADES
Primeiro dia da primeira semana	ACOMPANHAMENTO: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro-diretor; • Enfermeiro-supervisor; • Enfermeiro-chefe; • Enfermeiro-integrador. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer o espaço físico da instituição e do serviço. • Conhecer as normas de funcionamento da instituição. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista com a Enfermeira Diretora ou seu substituto; • Apresentação ao supervisor da área; • Apresentação à enfermeira-chefe do serviço; • Entrevista com a enfermeira-chefe do serviço, com indicação da: <ul style="list-style-type: none"> • Missão do serviço; • Organização dos cuidados de enfermagem;

	<p>HORARIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entre as 8.00 horas e as 16.00 horas <p>LOCAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conselho de administração; • Gabinete do enfermeiro-chefe; 		<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da metodologia de trabalho do serviço; • Regime laboral; • Recursos humanos e materiais do serviço; • Formação contínua e em serviço; • Avaliação do desempenho; • Apresentação do processo de integração no serviço; • Entrega do guia de integração • Apresentação do enfermeiro responsável pela integração ao novo elemento; • Apresentação à direção do serviço de urgência, aos chefes de equipa de enfermagem, apresentação à equipa da urgência; • Apresentação do guia de integração de novos elementos, para consulta; • Apresentação do manual hospitalar e consulta.
--	--	--	---

<p>Restantes dias da primeira semana</p>	<p>ACOMPANHAMENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro-integrador. <p>HORÁRIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Segue o horário do enfermeiro-integrador. <p>LOCAL DE FUNÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Área de atendimento de adultos, na zona de pré-atendimento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar os utentes antes de qualquer procedimento. • Conhecer o circuito do utente no espaço do atendimento de adultos. • Manusear o sistema informático ALERT. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica de forma positiva os utentes antes de qualquer procedimento, questionando o nome completo ou através da pulseira de identificação. • Diferencia as salas de espera segundo a prioridade da triagem; • Encaminha para o local correto os utentes que necessitam de oxigenioterapia; • Encaminha para o local correto, o utente não autónomo; • Encaminha os utentes para os exames complementares de diagnóstico em colaboração com os assistentes operacionais. • Reconhece os utentes no programa informático e verifica as prescrições médicas; • Efetua a validação dos procedimentos; • Efetua registos de enfermagem dos
--	--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Validar, preparar e administrar medicação. • Efetuar a colheita de produtos biológicos para análise. 	<p>procedimentos, notas de evolução do utente segundo as normas da instituição.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administra a medicação tendo em consideração os seis certos; • Mantem uma correta assepsia nos procedimentos de administração de medicação; • Vigia e regista a administração da terapêutica e faz as notas de evolução do utente, segundo as normas da instituição. • Identifica o utente; • Colhe o produto biológico requisitado; • Utiliza as técnicas assépticas adequadas à recolha dos produtos; • Identifica as amostras colhidas; <p>Encaminha as amostras para o serviço de patologia clínica.</p>
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Fazer a triagem dos resíduos produzidos, colocando-os nos contentores apropriados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Faz a separação dos resíduos segundo as normas da instituição.
Segunda semana	<p>ACOMPANHAMENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro-integrador <p>HORÁRIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Segue o horário do enfermeiro-integrador <p>LOCAL DE FUNÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Área de atendimento de adultos, na zona de pré-atendimento, nas salas de pequena-cirurgia e sala de ortopedia e isolamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar cuidados nas salas de pequena cirurgia. • Prestar cuidados na sala de ortopedia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prepara o material de acordo com o procedimento a ser realizado; • Realiza os procedimentos de acordo com as normas de assepsia; • Efetua os registos os procedimentos efetuados e as notas de evolução do utente segundo as normas da instituição. • Prepara o material de acordo com o procedimento a ser realizado; • Acompanha a realização dos procedimentos ortopédicos; • Efetua os registos dos procedimentos efetuados e as notas de evolução do utente segundo as normas da instituição.

		<ul style="list-style-type: none"> • Prestar cuidados ao utente com indicação de isolamento • Gerir os recursos materiais que tem à sua disposição • Fazer a passagem de turno dos utentes pelos quais esteve responsável 	<ul style="list-style-type: none"> • Presta cuidados ao utente em isolamento de acordo com as normas da Comissão de Controlo e Infecção. • Faz a reposição de material de consumo clínico em colaboração com os assistentes operacionais; • Verifica a operacionalidade de dispositivos médicos e de apoio; • Sinaliza junto do chefe de equipa, as anomalias com os recursos materiais. • Faz a passagem de turno dos utentes pelos quais esteve responsável.
--	--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer as prioridades de atuação de acordo com a situação clínica dos diferentes utentes que tem à sua responsabilidade. • Estabelecer a comunicação com o utente e/ou pessoa significativas para planear a alta. 	<p>enfermagem aos acompanhantes dos utentes;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encaminha para outros profissionais quando a informação solicitada transcende a área de competência da enfermagem. • Estabelece as prioridades de atuação de acordo com a situação clínica dos diferentes utentes que tem à sua responsabilidade. • Faz ensinios para a continuidade de cuidados no domicílio; • Elabora carta de alta para a continuidade de cuidados no domicílio; • Verifica se todos os dispositivos que o utente tem consigo são retirados.
--	--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Preparar o utente para transferência para outro serviço de internamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Contata o serviço de destino; • Reúne toda documentação para a continuidade de cuidados no serviço; • Reúne as condições para efetivar a transferência em segurança; • Faz na unidade de destino a passagem de informação acerca do utente ao enfermeiro que o recebe.
Quarta semana	<p>ACOMPANHAMENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro-integrador. <p>HORÁRIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Segue o horário do enfermeiro-integrador. <p>LOCAL DE FUNÇÕES:</p> <p>Área de decisão clínica com utentes com episódio de internamento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionar com o processo de internamento informático através de aplicação CIPE/SAPE. • Administrar a medicação de acordo com a prescrição medica eletrónica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza a avaliação inicial; • Planeia as monitorizações, vigilâncias e as intervenções na aplicação informática disponível; • Efetua os registos de acordo com o planeado e faz os registos adicionais de acordo com a norma de registos da instituição. • Imprime a folha de medicação para as 24 horas seguintes; • Administra a medicação tendo em consideração os seis certos;

		<ul style="list-style-type: none"> • Prestar cuidados holísticos aos utentes com processo de internamento. • Demonstrar conhecimentos dos procedimentos de controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS). 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantem de uma correta assepsia nos procedimentos de administração de medicação; • Vigia e regista a administração da terapêutica e faz notas de evolução. • Avaliar as necessidades do utente • Planear as intervenções ao utente; • Executa as intervenções junto do utente; • Avalia os resultados das intervenções junto do utente. • Presta cuidados a utentes com isolamento cumprindo as suas normas; • Cumpre a norma de higienização das mãos; • Cumpre a norma relativa ao fardamento assistencial; • Efetua colheita de produtos biológicos para a culturas de acordo com as normas.
--	--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Efetuar transferências de utentes da área de decisão clínica, para o serviço de internamento. • Efetuar espólio de valores à pessoa internada. • Conhecer os procedimentos adequados em situação de emergência. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contata o serviço de destino; • Reúne toda documentação para a continuidade de cuidados no serviço; • Reúne as condições para efetivar a transferência em segurança; • Faz na unidade de destino a passagem de informação acerca do utente ao enfermeiro que o recebe. • Informa o utente da necessidade de realizar espólio de valores durante o internamento; • Efetua o procedimento de acordo com o com o regulamento de espólios. • Conhece os passos a desenvolver em situação de emergência interna; • Conhece os passos a desenvolver em situação de emergência externa.
--	--	---	---

MANUAL DE INTEGRAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL DO CENTRO HOSPITALAR DO BARLAVENTO ALGARVIO

TRABALHO REALIZADO POR

Jorge Gomes da Silva

Orientado pela Enf.^a Paula Costa

Professora Alice Ruivo

Realizado no âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem
Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto
Politécnico de Setúbal

Julho 2012

ACRÓNIMOS E SIGLAS

CAP - Certificado de Aptidão Profissional
CHBA – Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio
CIPE/SAPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem /
Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
CODU - Centro Orientador de Doentes Urgentes
DS - Delegado de Segurança
GAIU - Gabinete de Apoio e Informação ao Utente
GTC - Gestão Técnica Centralizada
IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
PEE - Plano de Emergência Externa
PEI - Plano de Emergência Interno
PEI - Plano de Emergência Interno
SAM - Sistema de Apoio ao Médico
SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SGICM - *Sistema* de Gestão Integrado do Circuito do Medicamento
SIE - Serviço de Instalações e Equipamentos
SUB - Serviço de Urgência Básica
TAC - Tomografia Axial Computorizada
UHL - Unidade Hospitalar de Lagos
UIDA - Unidade de Internamento de Doentes Agudos

ABREVIATURAS

Enf. - enfermeiro

Cit. - citado

Pg. - página

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

1. CONTEXTO DA ORGANIZAÇÃO	10
2. ESTRUTURA FÍSICA	12
2.1 Decisão clínica	12
2.2. Zona de atendimento de adultos	13
2.3. Reanimação	16
3. RECURSOS HUMANOS E TÉCNICOS	17
3.1. Equipa de enfermagem	17
3.2. Equipa médica	17
3.3. Assistentes operacionais	19
3.4. Assistentes técnicos	20
3.5. Técnico de cardiopneumologia	21
3.6. Serviços de apoio	21
3.7. Serviços de apoio em outsourcing	27
4. CIRCUITO DO UTENTE	29
4.1. Admissão	29
4.2. Triagem	29
4.3. Reanimação	30
4.4. Pré-atendimento	30
4.5. Decisão clínica	31
4.6. Alta	32
4.7. Transferência para outros serviços	32
4.8. Transferência para outras instituições de saúde	33
4.9. Óbitos	34
5. TRABALHO DE ENFERMAGEM	35
5.1. Metodologia de trabalho	35
5.2. Distribuição dos recursos humanos	35
5.3. Registos de enfermagem	36
6. ESPÓLIOS	38
7. PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO	39
8. PLANOS DE SEGURANÇA	40
8.1. Plano de Emergência Interna	40
8.2 Plano de Emergência Externa	42
9. SAÚDE OCUPACIONAL	46
9.1. Acidentes em serviço	46
10. VISITAS, ACOMPANHAMENTO E INFORMAÇÃO CLÍNICA	47
11. GESTÃO DE RESÍDUOS	48
12. LEGISLAÇÃO LABORAL	49
13. PLANO DE INTEGRAÇÃO	52
13.1. Objetivos	52
13.2. Metodologia	52
13.3. Os intervenientes	53
13.4. Atividades	55
13.5. Avaliação	61
14. CONCLUSÃO	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

ANEXOS

Anexo I

Planta Serviço de Urgência Geral do CHBA I

Anexo II

Planta Serviço de Urgência Geral do CHBA II

Anexo III

Plano de distribuição do enfermeiro de transferências

Anexo IV

Plano de trabalho dos assistentes operacionais

Anexo V

Impresso de requisição de exames de cardiologia

Anexo VI

Impresso de requisição de produtos sanguíneos

Anexo VII

Impresso de requisição de exames de imagiologia

Anexo VIII

Impresso de requisição de hemograma

Anexo IX

Impresso de requisição de análise bioquímica

Anexo X

Impresso de requisição de análise microbiológica

Anexo XI

Impresso de requisição de alimentos para a urgência

Anexo XII

Impresso de requisição de dietas extemporâneas e de revertências

Anexo XIII

Impresso de requisição para substituição de refeição

Anexo XIV

Impresso de requisição de medicação urgente

Anexo XV

Impresso de requisição de esterilização

Anexo XVI

Impresso do termo de responsabilidade por alta contra opinião do médico

Anexo XVII

Impresso de requisição de transportes de doentes

Anexo XVIII

Boletim de acompanhamento de transporte de doente

Anexo XXIX

Impresso de registo de acompanhamento de doente por funcionário

Anexo XX

Boletim itinerário

Anexo XXI

Plano de trabalho de enfermagem

Anexo XXII

Termo de responsabilidade pela guarda de valores

Anexo XXIII

Circuito de evacuação do Serviço de Urgência Geral (1)

Anexo XXIV

Circuito de evacuação do Serviço de Urgência Geral (2)

Anexo XXV
Instruções de segurança
Anexo XXVI
Organograma do Gabinete de Crise do CHBA
Anexo XXVII
Conteúdo do armário de catástrofe
Anexo XXVIII
Esquema de distribuição de zonas de prestação de cuidados e de recursos humanos segundo o nível de alerta
Anexo XXIX
Normas de procedimento após exposição accidental a material potencialmente contaminado
Anexo XXX
Impresso de participação e qualificação de acidente em serviço
Anexo XXXI
Boletim de observação por acidente em serviço
Anexo XXXII
Inquérito do controlo de infeção da ARS Algarve
Anexo XXXIII
Escala de avaliação de trauma de exposição ao HIV da ARS Algarve
ANEXO XXXIV
Impresso de requisição de análises de sangue para o Serviço de Imunohemoterapia
Anexo XXXV
Impresso de troca de turnos
Anexo XXXVI
Impresso de comunicação de faltas ou ausências
Anexo XXXVII
Impresso de apresentação ao serviço
Anexo XXXVIII
Impresso para comissão gratuita de serviço para formação
APÊNDICES
Apêndice I
Fluxograma do circuito de doente autónomo
Apêndice II
Fluxograma do circuito de doente não autónomo
Apêndice III
Organograma do plano de emergência interno
Apêndice IV
Guia de integração no serviço de urgência geral do CHBA
Apêndice V
Avaliação intercalar do processo de integração
Apêndice VI
Avaliação final do processo de integração

INTRODUÇÃO

A mobilidade dos profissionais de enfermagem, quer interna, quer externa, é uma realidade que as organizações de saúde não podem deixar de dar importância. Estes novos profissionais, que acabam de chegar à equipa, necessitam de ser integrados de forma a potenciar o seu desempenho profissional e aumentar o grau de satisfação, quer pessoal, quer da equipa.

O processo de integração, ou de socialização organizacional, é de primordial importância. É a forma do trabalhador interiorizar o ambiente organizacional da instituição, para que se possa dedicar ao trabalho e contribuir com os seus saberes para o seu sucesso e da organização, diz Van Maanen, (1996 cit. por Silva, et al., s.d.).

Sobre processo de integração, Sidor, (2011, cit. por Marinho, 2011), diz que é a *“(...) maneira como a organização recebe os novos funcionários e os integra à sua cultura, ao seu contexto e ao seu sistema para que eles possam comportar-se de maneira adequada às expectativas da organização. Também é a maneira de como a organização procura marcar no novo participante o modo como ele deve pensar e agir de acordo com a filosofia da empresa”*.

No volume XVI da Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira podemos ler que manual é um “livro pequeno que resume uma ou mais matérias” (pg. 154). Este documento pretende ser um instrumento facilitador e orientador para o período de integração de novos enfermeiros na equipa, que de uma forma sintética, proporciona um conhecimento real do Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (CHBA), no que diz respeito aos recursos existentes e da forma como o trabalho é realizado.

Este documento contempla todos os setores do Serviço de Urgência Geral do CHBA, salientando-se o da reanimação, que pela sua especificidade, tem um processo de integração próprio. A triagem de prioridades, requer também ela própria, uma formação específica.

Este trabalho tem como objetivo geral facilitar a integração de novos elementos de enfermagem na equipa e promover o seu desenvolvimento profissional e pessoal.

Os objetivos específicos são:

- Dar a conhecer a estrutura física do serviço;
- Dar a conhecer os recursos humanos e materiais do serviço;

- Informar sobre os procedimentos burocráticos associados à prestação de cuidados;
- Apresentar o circuito do utente no serviço de urgência;
- Saber o papel a desempenhar em situação de exceção;
- Informar dos sistemas informáticos que apoiam a prestação de cuidados;
- Referir algumas normas da legislação laboral;
- Apresentar o programa de integração para os novos profissionais no Serviço de Urgência Geral do CHBA;
- A apresentar o guia de integração para os novos profissionais no Serviço de Urgência Geral do CHBA.

O documento está dividido em catorze partes, sendo que nos doze primeiros capítulos são descritos os vários recursos disponíveis, os métodos de trabalho e a organização da instituição. Salienta-se a parte treze, onde é apresentado o programa de integração, que descreve as normas seguidas para a integração de novos enfermeiros e o guia de integração que descreve as várias fases do tempo de integração.

1. CONTEXTO DA ORGANIZAÇÃO

O Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, localiza-se na região mais sudoeste de Portugal continental, tem na sua área de influência 164.095 habitantes (Instituto Nacional de Estatística, 2011). A principal atividade económica da região é o turismo, que implica um aumento da população de forma sazonal durante os meses de verão.

Criado em 2004 fruto da fusão do Hospital do Barlavento Algarvio e do Hospital Distrital de Lagos, passa a ter a atual designação de CHBA, EPE em dezembro de 2005.

O CHBA, EPE, tem como missão a “prestação de cuidados de saúde integrados, diferenciados, de elevada qualidade e acessíveis em tempo oportuno aos utentes da sua área de influência” (CHBA, s.d). Apresentado como princípios nucleares:

- Os cuidados de saúde, focalizados nas necessidades dos utentes;
- A educação, da equipa multidisciplinar, visando a atualização permanente dos conhecimentos;
- A investigação, com o objetivo de melhoria dos cuidados aos utentes;
- O respeito mútuo, entre os diferentes integrantes do centro hospitalar;
- O compromisso com a qualidade, em todos os processos;
- A atmosfera de trabalho, com o respeito pelos valores profissionais, incentivando o desenvolvimento das suas capacidades;
- Compromisso social; de apoio à comunidade onde se insere;
- As finanças; visando o equilíbrio financeiro da instituição.

O Serviço de Urgência Geral do CHBA, EPE, é classificado pelo despacho nº 5414/2008, do Gabinete do Ministro da Saúde, publicado no Diário da República, nº42, 2ª série, de 28 de fevereiro de 2008 como urgência médico-cirúrgica.

O plano de ação do Serviço de Urgência Geral do CHBA, EPE de 2004, apresenta como missão o “fornecer permanentemente, a cada pessoa que se apresenta por um problema de saúde urgente, os cuidados e os serviços de qualidade requeridos pela sua situação, numa perspectiva de aproximação ao cliente” (CHBA, 2004).

A visão do serviço de urgência passa por:

- Ver o serviço de urgência como parte integrante da comunidade;
- Acessível, ágil, eficiente e humano na resposta ao utente;
- Ser atrativo para o profissional (CHBA, 2003).

O mesmo documento apresenta como valores:

- A melhoria contínua da qualidade;
- O reconhecimento do esforço de cada um dos elementos da equipa no cumprimento da missão do serviço;
- Integrar a comunidade na resposta aos desafios sanitários atuais;
- A formação e partilha de saberes entre profissionais (CHBA; 2004).

2. ESTRUTURA FÍSICA

O serviço de urgência situa-se no 1º piso do edifício hospitalar. É composto por 3 zonas diferentes de prestação de cuidados: a área de decisão clínica, a zona de atendimento de adultos e a reanimação. Existem ainda algumas zonas de apoio à prestação de cuidados, sendo a planta apresentada em anexo (ANEXO I) (ANEXO II).

2.1. Decisão clínica

A sala de decisão clínica, é o local para onde são encaminhados os utentes que após a triagem, necessitam de ficar em maca a aguardar observação médica, de meios complementares de diagnóstico e onde lhes são prestados cuidados de enfermagem. Ficam também aqueles que necessitam de monitorização do estado hemodinâmico e enquanto estão em observação pela equipa de enfermagem e médica. Nesta sala ficam também os utentes que estão com processo de internamento a aguardar vaga nos respetivos serviços. É constituída por:

- Zona de trabalho de enfermagem, com dois terminais de computador, armários com medicação e armários com material de consumo clínico;
- Balcão médico;
- Sala de espera para visitas;
- Balcão central com dois terminais de computador e com armário de arrumação de material de consumo clínico;
- Duas casas de banho;
- Carro de reanimação;
- Zona com dezasseis boxes, equipadas com rampas de oxigénio e vácuo, das quais cinco têm monitor para registo do traçado cardíaco, tensão arterial e saturação periférica de oxigénio, uma destas boxes está dedicada a pessoas vítimas de trauma e duas estão dedicadas a pessoas com patologia cardíaca.

A sala da decisão clínica tem capacidade máxima para trinta e duas macas em simultâneo.

2.2. Zona de atendimento de adultos

A zona de atendimento de adultos é o local onde é efetuado o atendimento dos utentes com episódio de urgência, que não necessitam de maca ou de monitorização do estado hemodinâmico. Esta zona está dividida em diferentes áreas de prestação de cuidados.

Sala de pequena cirurgia de limpos

Sala onde são efetuados procedimentos cirúrgicos assépticos como drenagem torácica, punção lombar, paracentese, colocação de cateter central entre outros. Está equipada com:

- Marquesa;
- Foco de luz;
- Carro de pensos;
- Armário de arrumação de produtos de consumo clínico.

Sala de pequena cirurgia de sujos

Sala onde são efetuados procedimentos cirúrgicos em feridas potencialmente infetadas e está equipada com:

- Marquesa;
- Foco de luz;
- Carro de pensos;
- Armário de arrumação de material clínico e medicação.

Zona de pré-atendimento

Local para onde são encaminhados os utentes que deambulam em cadeiras de rodas ou que podem ficar sentados, mas que necessitem de oxigenioterapia. Neste espaço os utentes aguardam o atendimento médico, a realização de meios complementares de diagnóstico, a execução de procedimentos de enfermagem ou o benefício das terapêuticas implementadas e está equipada com:

- Nove cadeirões;
- Catorze rampas oxigénio;
- Sete rampas de aspiração;
- Marquesa onde os técnicos de cardiopneumologia fazem os eletrocardiogramas;
- Terminal de computador para registos e validação de procedimentos.

Sala de trabalho de enfermagem

Sala onde é efetuada a administração de medicação, avaliação de sinais vitais e onde são realizados outros cuidados de enfermagem e está equipada com:

- Seis rampas de oxigénio;
- Três rampas de vácuo;
- Armário de roupa;
- Dois terminais de computador;
- Carro de apoio à medicação;
- Marquesa;
- Armários de medicação;
- Monitor portátil.

Sala de ortopedia

Onde são efetuados os procedimentos de ortopedia e está equipado com:

- Marquesa;
- Secretária com terminal de computador;
- Armário de arrumação de material;
- Material para realização de procedimentos do foro ortopédico.

Sala de triagem

Sala onde é atribuída a prioridade clínica de atendimento aos utentes através do Sistema de Triagem de Manchester. Esta sala tem dois pontos de triagem, com:

- Duas secretárias com terminais de computadores;
- Monitor de avaliação de sinais vitais;
- Armário de arrumação de material;
- Armário de catástrofe.

Quarto de isolamento

No quarto de isolamento são prestados cuidados a utentes infetados ou potencialmente infetados que têm indicação médica para isolamento respiratório com pressão negativa. Está equipa com:

- Leito;
- Duas rampas de oxigénio;

- Rampa de aspiração;
- Monitor de sinais vitais;
- Casa de banho;
- Uma antecâmara com material de consumo clínico.

Para além das zonas de prestação de cuidados descritas, há ainda duas salas de espera.

Sala de espera de utentes triados de amarelo e laranja

Zona de espera dos utentes triados de cor amarela e laranja e que aguardam observação médica, com vigilância da equipa clínica.

Sala de espera dos utentes triados de azul e verdes

Onde os utentes triados com as prioridades de pouco urgente ou de não urgente aguardam pela sua vez de atendimento médico.

Existem também algumas de salas de apoio à prestação de cuidados, entre quais:

- Cinco gabinetes médicos;
- Sala de reuniões;
- Três casas de banho para os profissionais;
- Duas casas de banho para os utentes;
- Duas salas de material sujo;
- Sala para recolha de roupa suja;
- Gabinete da enfermeira chefe;
- Gabinete do diretor de serviço;
- Zona de descanso e alimentação dos profissionais;
- Gabinete do secretariado do serviço de urgência;
- Gabinete do serviço social;
- Sala de recolha de espólios;
- Sala de admissão de doentes;
- Armazém avançado.

2.3. Reanimação

Sala onde são prestados cuidados de enfermagem e intervenções médicas mais diferenciadas, a utentes em situação crítica. Com capacidade máxima de atendimento de três utentes em simultâneo, está equipada permanentemente

com dois postos de atendimento, com capacidade de monitorização, controlo da via aérea, de ventilação mecânica e de realização de procedimentos invasivos.

3. RECURSOS HUMANOS E TÉCNICOS

O funcionamento de uma qualquer organização está dependente dos recursos humanos, materiais e financeiros. Estes devem-se organizar e articular de forma a cumprir as diferentes missões que lhe são confiadas (Teixeira, 1998).

Os recursos humanos são os diferentes profissionais que integram e participam na organização para responder à missão.

3.1. Equipa de enfermagem

Constituída por cinquenta e seis elementos:

- Três elementos responsáveis pela gestão do serviço: uma enfermeira chefe e dois elementos de apoio. Um destes elementos é responsável pela área de decisão clínica, o outro é responsável pela área de atendimento de adultos, triagem de prioridades, reanimação ainda substituí a enfermeira chefe nas suas ausências;
- Quatro equipas com doze enfermeiros cada. Destes, há a salientar um chefe de equipa e dois elementos que o apoiam na gestão da equipa;
- Uma equipa de transferência, com cinco enfermeiros. Quando não estão a realizar transferências inter-hospitalares, estão a prestar cuidados de enfermagem, segundo o plano de distribuição do enfermeiro de transferências (ANEXO III).

3.2. Equipa médica

A equipa médica está dividida segundo diferentes especialidades.

Clínicos gerais

Estão em permanência três clínicos gerais nos balções, em turnos de doze horas, segundo escala mensal elaborada pelo Diretor de Serviço.

Medicina Interna

Estão em permanência dois médicos especialistas em Medicina Interna nas vinte e quatro horas, por vezes acompanhados por interno da especialidade, que asseguram o atendimento médico na sua especialidade.

Cirurgia Geral

Estão em permanência dois especialistas de Cirurgia Geral nas vinte e quatro horas e um interno da especialidade entre as 8.00 e as 24.00 horas.

Ortopedia

Entre as 8.00 e as 20.00 horas estão dois ortopedistas em presença física. Entre as 20.00 e as 8.00 horas está um ortopedista em presença física e outro de prevenção.

Anestesiologia

Estão dois especialistas em anestesiologia em presença física no hospital durante as vinte e quatro horas.

Oftalmologia

Existe oftalmologista de urgência durante alguns dias da semana, segundo escala elaborada pelo Diretor de Serviço. O atendimento é efetuado na consulta externa, no piso 0. Os utentes são encaminhados por indicação médica, para avaliação com acompanhamento de assistente operacional.

Otorrinolaringologia

Existe otorrinolaringologia de urgência durante alguns dias da semana, segundo escala elaborada pelo Diretor de Serviço. O atendimento é efetuado na área dos exames especiais, no piso 0. Os utentes são encaminhados por indicação médica, para avaliação com acompanhamento de assistente operacional.

Gastroenterologia

Existe gastroenterologista de urgência durante alguns dias da semana, segundo escala elaborada pelo Diretor de Serviço. Situada no piso 0, na área dos exames especiais, os utentes são encaminhados por indicação médica, para avaliação com acompanhamento de assistente operacional.

Cardiologia

Há presença de cardiologista, nos dias úteis, segundo escala efetuada mensalmente pelo diretor daquele serviço. Está disponível, por solicitação dos médicos de clínica geral ou de outras especialidades, entre as 8.00 e as 17.00 horas.

Ginecologia e obstetrícia

Existem dois obstetras em presença física no hospital durante as vinte e quatro horas, estão no serviço de ginecologia e obstetrícia que funciona no piso 2. As mulheres que necessitam de observação por esta especialidade, são

encaminhadas para aquele serviço, acompanhadas por assistentes operacionais ou enfermagem se necessário.

Pediatria

O hospital tem dois especialistas em pediatria em presença física durante as vinte e quatro horas e encontram-se na urgência pediátrica. Esta urgência funciona em instalações distintas da urgência geral e atendem crianças até atingirem os treze anos de idade.

3.3. Assistentes operacionais

A equipa de assistentes operacionais é constituída por vinte e oito elementos, divididos em quatro equipas. Os assistentes operacionais têm um horário mensal efetuado pela encarregada dos serviços gerais, estão de serviço no turno da manhã sete profissionais, no turno da tarde cinco e no turno da noite quatro. Os postos de trabalho são:

- A decisão clínica, onde estão dois assistentes operacionais em todos os turnos do dia;
- A triagem de prioridades, onde está um assistente operacional em todos os turnos;
- O balcão e pré-atendimento, onde está colocado um assistente operacional nos turnos da manhã e da tarde;
- A reanimação, isolamento e esterilização, está colocado um assistente operacional nos turnos da manhã e da tarde.
- No turno da manhã estão a trabalhar dois assistentes operacionais que são responsáveis pela reposição dos materiais de utilização clínica.

No turno da noite há um assistente operacional que fica localizado no posto de trabalho do pré-atendimento, reanimação e isolamento.

A distribuição dos postos de trabalho dos assistentes operacionais é efetuada diariamente pela enfermeira chefe ou pela sua substituta, segundo o plano de trabalho dos assistentes operacionais (ANEXO IV).

As tarefas dos assistentes operacionais estão indicadas no seu conteúdo funcional, publicadas pelo Decreto-Lei n.º 231/92, de 21 de Outubro e também pela norma de procedimento n.º 2/V/H do CHBA que se encontra disponível na intranet da instituição.

3.4. Assistentes técnicos

Os assistentes técnicos administrativos estão presentes em dois postos de trabalho no serviço de urgência, na admissão de doentes e no secretariado:

Admissão de doentes

Os assistentes técnicos administrativos estão presentes, todos os dias durante vinte e quatro horas distribuídos por:

- Turno 0.00-8.00 horas – dois assistentes técnicos;
- Turno 8.00-16.00 horas – dois assistentes técnicos;
- Turno 16.00-24.00 horas – dois assistentes técnicos;
- Turno 12.00-20.00 horas – um assistente técnico.

Estes profissionais têm como responsabilidade responder às solicitações administrativas e burocráticas, inerentes ao serviço de urgência.

Secretariado da urgência

O secretariado da urgência funciona entre as 9.00 e as 17.00 horas dos dias úteis com dois assistentes técnicos. Têm como responsabilidade responder às solicitações administrativas internas do serviço de urgência.

3.5. Técnico de cardiopneumologia

Em presença física entre as 8.00 e as 24.00 horas, o contato é feito através de telemóvel (43080), pois este técnico assegura a realização de exames urgentes na sua esfera de competência no restante hospital. Os exames são solicitados através do sistema informático ALERT para os utentes com episódio de urgência, para as pessoas com processo de internamento é efetuado o pedido através do impresso de requisição de exames de cardiologia MOD AD-51/05 (ANEXO V). No período entre as 0.00 e as 8.00 horas, a realização dos eletrocardiogramas são da responsabilidade do médico.

3.6. Serviços de apoio

O serviço de urgência necessita de se articular com outros serviços, aos quais requisita serviços orientados para a satisfação das necessidades dos utentes.

Serviço de imuno-hemoterapia

O serviço de inumo-hemoterapia fornece à urgência produtos derivados do sangue, concentrado de eritrócitos, plasma e plaquetas, segundo requisição de produtos sanguíneos MOD SIH 25 (ANEXO VI). Este serviço tem técnicos em presença física durante vinte e quatro horas. Os médicos estão presentes nos

dias úteis entre as 8.00 e as 16.00 horas, fora desse horário encontram-se de prevenção.

Serviço de imagiologia

O serviço de imagiologia fornece serviços de imagem clínica, solicitados pelos médicos, através do sistema informático ALERT, ou em suporte de papel para os utentes que se encontram internados, através do impresso MOD AD10/03, requisição de exames de imagiologia (ANEXO VII).

O serviço imagiologia disponibiliza:

- Raio X convencional, durante as vinte e quatro horas;
- Tomografia Axial Computorizada (TAC) vinte e quatro horas. No período entre as 8.00 e as 24.00 horas o exame é avaliado pelo médico radiologista em presença física. No período entre as 0.00 e as 8.00 horas, pode haver pedido de TAC, mas este necessita de autorização do médico chefe-de-equipa, já que esta é relatada através de telemedicina gerando custos;
- Ecografia, pode ser realizada entre as 8.00 e as 24.00 horas, no entanto apenas há médico radiologista dedicado a este exame complementar de diagnóstico entre as 12.00 e as 20.00 horas.

O serviço de imagiologia do CHBA tem em presença física médico radiologista entre as 8.00 e as 24.00 horas e dois técnicos de radiologia vinte e quatro horas por dia.

Serviço de patologia clínica

O serviço de patologia clínica fornece os meios complementares de diagnóstico na área da patologia clínica, hematologia, bioquímica, imunologia e bacteriologia. Disponível vinte e quatro horas para exames de urgência, tem presença permanentemente de técnicos. Os médicos e os técnicos superiores estão em presença física entre as 8.00 e as 16.00 horas nos dias úteis e em regime de prevenção o restante tempo. A requisição dos exames é efetuada pelo ALERT para os utentes com episódio de urgência e através dos impressos MOD AD-109 (ANEXO VIII) para hemograma, MOD 037 (ANEXO IX) para bioquímica e MOD 032 (ANEXO X) para microbiologia, para os utentes internados. As amostras são enviadas por sistema de vácuo, devendo ser

corretamente identificadas, colhidas com a quantidade indicada, de boa qualidade e acompanhadas pela requisição se o utente estiver internado.

Serviço de alimentação e dietética

O serviço de alimentação e dietética tem a finalidade de garantir o fornecimento da alimentação adequada a cada utente, supervisionando a alimentação fornecida por entidades externas. As dietistas estão presentes no serviço entre as 8.00 e as 20.00 horas dos dias úteis.

Para os utentes com internamento a prescrição é feita on-line, através da aplicação Glintt. No Serviço de Alimentação e Dietética esta prescrição é validada. O enfermeiro pode alterar a consistência mas não a dieta, pode ainda notificar as dietistas de alguma não conformidade com a alimentação.

Aos utentes que se encontram internados, são distribuídas seis refeições diárias:

- 7.00 horas - Refeição ligeira;
- 9.00 horas – Pequeno-almoço;
- 13.00 horas – Almoço;
- 16.30 horas – Merenda;
- 19.00 horas – Jantar;
- 22.00 horas - Refeição ligeira.

Os carros com as refeições para os utentes internados são colocados na área da decisão clínica e são distribuídos e administrados pelos enfermeiros, assistentes operacionais, voluntários e acompanhantes.

Para os utentes não internados, existe um stock de alimentos no serviço de urgência, estes são pedidos pelo impresso MOD SH-34/02 (ANEXO XI) no turno da manhã para as 24.00 horas seguintes. Para os utentes que apesar de não estarem internados, permanecem no serviço mais do que 24.00 horas, desde que não haja contraindicação clínica, pode ser pedida alimentação através do impresso MOD SH-05 (ANEXO XII). O Serviço de Alimentação e Dietética prevê a substituição dos alimentos em diversas situações, como o extravio, reclamação por parte do utente, dano na alimentação, entre outros; para tal dever ser preenchido o impresso para requerer a substituição de uma refeição, o MOD SH-62 (ANEXO XIII). Este impresso deve ser preenchido pelo

enfermeiro, indicando sempre qual o motivo que levou à necessidade de substituição.

Gabinete de Apoio e Informação ao Utente (GAIU)

Servindo de interlocutor entre os familiares dos utentes e os profissionais, o GAIU tem a função fornecer informações não clínicas, organizar as visitas e promover o contato entre equipa clínica e os familiares. Estes assistentes técnicos estão sedeados no espaço da admissão de doentes entre as 9.00 e as 24.00 horas.

Serviço social

O Serviço Social tem a função de promover o apoio psicossocial, articulando com os recursos da rede social de apoio e contribuir para a humanização no atendimento ao utente que recorre ao serviço. Está presente na urgência com uma assistente social em presença física, nos dias úteis, entre as 9.00 e as 16.00 horas. A avaliação social, no horário de expediente pode ser solicitada pelo médico através do sistema informático ALERT ou diretamente à assistente social; fora do horário de expediente é comunicado à enfermeira chefe ou sua substituta, que informa o serviço social da necessidade de intervenção no seu horário de expediente.

Serviços farmacêuticos

Os Serviços Farmacêuticos têm a função de proporcionar suporte ao tratamento farmacoterapêutico aos utentes do serviço de urgência.

Funcionamento:

- Dias úteis: 8.30 – 20.00 horas, prevenção no restante tempo;
- Sábado: 9.00 - 17.00 horas, prevenção até às 15.00 horas do domingo;
- Domingo: 15.00 – 17.00 horas, prevenção até às 8.30 do dia seguinte;
- Feriados à segunda-feira: 9.00 - 17.00 horas, prevenção até às 8.30 do dia seguinte;
- Feriados entre terça-feira e sexta-feira: 15.00 – 17.00 horas, prevenção até às 8.30 do dia seguinte, exceto à sexta-feira, que no sábado abre às 9.00.

Os serviços farmacêuticos repõem os medicamentos de diferentes formas:

- Para as áreas da decisão clínica, reanimação e de atendimento de adultos, existe um armário de medicação, com reposição diária por níveis, entre as 11.00 e as 13.00 horas, com reforço ao sábado prevendo a ausência de reposição durante o domingo;
- Para os utentes internados está implementada a dose unitária, com prescrição on-line. Esta é visualizada nos Serviços Farmacêuticos até às 16.00 horas e enviada cerca das 17.00 horas. Até às 20.00 horas as alterações são visualizadas e enviadas para o serviço, para serem colocadas na gaveta da dose unitária.
- Fármacos que necessitam de refrigeração, solutos, gases medicinais, antídotos, dietas, material de penso, medicação de administração tópica são pedidos à segunda-feira e quinta-feira pela enfermeira chefe ou pela sua substituta;
- Imunoglobulina antitetânica, reposta em troca da folha de registo de hemoderivados.
- As soluções de grande volume, são repostas diariamente, nos dias úteis, a pedido da enfermeira chefe ou pela sua substituta.

Os fármacos considerados urgentes, podem ser pedidos pelo enfermeiro através do impresso de requisição de medicação urgente e reposição de stocks MOD FM-06/01 (ANEXO XIV), são aqueles que fazem parte da carga da reanimação, os hemoderivados e os antibióticos, quando necessitam de início imediato ou quando haja quebra de stock.

- Medicação estupefaciente

A medicação estupefaciente é prescrita pelo médico no sistema informático ALERT ou para os utentes com processo de internamento através da aplicação informática *de prescrição médica*.

A medicação estupefaciente está armazenada em cofre, com código, apenas acessível aos elementos da gestão ou aos enfermeiros chefes de equipa.

Após a administração, a ampola vazia deverá ser guardada, para posterior troca.

A troca da medicação é efetuada por um elemento da gestão do serviço ou pelo chefe de equipa de enfermagem, segundo o registo no livro de

estupefacientes, modelo nº 1509 da impressa nacional casa da moeda, assinado pelo médico responsável do serviço, enfermeira-chefe e pelos serviços farmacêuticos. Os registos devem coincidir com o número de ampolas vazias.

Central de esterilização

A Central de Esterilização tem como função recolher, esterilizar e fornecer os dispositivos médicos, aos diversos serviços do centro hospitalar.

A central de esterilização funciona entre as 8.00 e as 24.00 horas diariamente, faz a recolha e a distribuição dos dispositivos médicos duas vezes por dia, às 15.00 e 23.00 horas. Em caso de necessidade, pode haver troca direta de dispositivos médicos. Os movimentos dos dispositivos médicos são registos no impresso de requisição de esterilização MOD EN131/6 (ANEXO XV).

Serviço de instalações e equipamentos

O Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE) tem como missão garantir a manutenção planeada ou corretiva de equipamentos e instalações do CHBA, com componentes de pintura, serralharia, carpintaria, canalizações em presença física nos dias úteis entre as 8.00 e as 17.00 horas. A electromedicina, a eletricidade, mecânica, ar condicionado e vácuo está de chamada fora das horas de expediente, segundo escala. As intervenções de urgência são contactadas via telemóvel, as programadas são requisitadas através do sistema informático SIESOFT.

Serviço de Informática

O Serviço de Informática tem a função de gerir e administrar todos os sistemas de informação do CHBA e ainda solucionar os seus problemas. No serviço de urgência estão disponíveis diversos sistemas informáticos, como o de gestão de doentes (SONHO), Sistema de Apoio ao Médico (SAM), ALERT, Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), *Sistema* de Gestão Integrado do Circuito do Medicamento (SGICM), sistema de requisição de serviços ao Serviço de Instalações e Equipamentos (SIESOFT) e a aplicação Glintt para pedido de produtos farmacêuticos e de consumo clínico. Existem engenheiros informáticos em presença física entre as 9.00 e as 18.00 horas, nos dias úteis. No restante tempo há prevenção segundo escala. O contato é efetuado via

telefone, diretamente para o Serviço de Informática ou para o elemento de prevenção.

Serviço de aprovisionamento

O Serviço de Aprovisionamento disponibiliza os bens e serviços necessários ao funcionamento do serviço de urgência, utilizando um armazém avançado instalado no serviço. No turno da manhã, os dois assistentes operacionais destacados para a reposição de material, verificam as faltas de bens de consumo clínico nos diversos sectores do serviço de urgência e fazem a sua reposição, a partir do armazém avançado, fazendo o respetivo registo de consumo na aplicação Glinnt. Nos outros turnos, o enfermeiro chefe de equipa retira o material necessário ao funcionamento, do armazém avançado para os diversos pontos de consumo do serviço e regista-o em papel. O registo informático é efetuado pelos assistentes operacionais no dia útil seguinte. Estes registos são contabilizados pelo serviço de aprovisionamento e às segundas-feiras e quintas-feiras os níveis são repostos no armazém avançado. Em caso de consumos mais elevados o serviço de aprovisionamento é informado por e-mail para a necessidade de reposição do stock.

Lavandaria

A lavandaria fornece a roupa limpa ao serviço e recolhe a suja.

A roupa limpa é fornecida por níveis, às 9.00 e 16.00 horas, nos dias úteis, com reforço à sexta-feira e em dia anterior a feriado.

A roupa suja é recolhida em saco amarelo, cheio até 2/3 e encerrado com a braçadeira de serrilha. É colocada em sala própria e recolhida às 7.00h, 9.00h, 11.30h e 14.00h diariamente por funcionário da lavandaria.

3.7. Serviços de apoio em outsourcing

O CHBA tem alguns serviços que são efetuados por entidades externas à instituição.

Serviço de segurança

Existe uma empresa de segurança privada que assegura a vigilância das instalações, controla as entradas e as saídas, fornece informações a utentes e acompanhantes sobre a localização de serviços e gabinetes. Está presente um elemento vinte e quatro horas no serviço, com reforço de um segundo entre as 12.30 e as 20.30 horas.

Serviços de alimentação

A empresa de alimentação atua na dependência do Serviço de Alimentação e Dietética, conforme é indicado no espaço dedicado àquele serviço de apoio.

Serviço de limpeza

Existe uma empresa de limpeza que tem em permanência no serviço de urgência um funcionário entre as 8.00 e as 20.00 horas. São responsáveis pela limpeza de chão, paredes e mobiliário do serviço, exceto na área da decisão clínica, salas de pequenas cirurgias, sala de trabalho de enfermagem da zona de atendimento de adultos, reanimação e quarto de isolamento, são também responsáveis pela recolha de lixo dos grupos I e II. Fora do seu horário de trabalho e nas áreas citadas são os assistentes operacionais que executam as atividades de limpeza das instalações.

Barbeiro

O barbeiro desloca-se uma vez por semana ao serviço, à quarta-feira, no período da tarde.

4. CIRCUITO DO UTENTE

O circuito do utente descreve os espaços que este percorre no serviço de urgência, desde o momento que faz a admissão, até ao final do seu episódio de urgência. O circuito é descrito por dois fluxogramas, um deles descreve o circuito dos utentes autónomos (APÊNDICE I), enquanto o outro descreve o circuito dos utentes não autónomos (APÊNDICE II).

4.1. Admissão

Admissão do utente é efetuada pelos assistentes técnicos através da documentação fornecida pelo próprio, por acompanhantes ou através das entidades transportadoras. Esta admissão gera um episódio de urgência no sistema informático. Se por qualquer razão a identificação do utente não é possível, fica o episódio com indicação de não identificado. A entrada nas instalações do serviço de urgência é efetuada através da sala de triagem de prioridades ou diretamente para a sala de reanimação.

4.2. Triagem

Todos os utentes admitidos no serviço de urgência de Portimão são submetidos à triagem de Manchester, podendo esta ocorrer na sala de reanimação ou na sala de triagem. A triagem é efetuada por um enfermeiro com formação específica. É baseada na identificação objetiva e sistemática de critérios de gravidade, apontando para tempos expectáveis de observação médica (Grupo Português de Triagem, s.d.). Permite também encaminhar o utente para uma determinada especialidade, como é o exemplo das mulheres em trabalho de parto, que são conduzidas por um assistente operacional para o bloco de partos.

Após a triagem, os utentes são encaminhados para as respetivas salas de espera. Se necessitarem de cadeira de rodas ou de oxigenioterapia aguardam na zona de pré-atendimento. Os utentes que necessitam de ser deitados em maca ou de monitorização do estado hemodinâmico, são transportados para a sala de decisão clínica por assistente operacional.

Os utentes transferidos do Serviço de Urgência Básica (SUB) da Unidade Hospitalar de Lagos (UHL), não são triados, sendo encaminhados para o médico contactado previamente pelo clínico daquela unidade ou para a

realização de exames complementares de diagnóstico, sugeridos pelos médicos daquele SUB.

4.3. Reanimação

Os utentes com sinais de gravidade e com necessidade de maior vigilância são avaliados por enfermeiro e médico na sala de reanimação. A sua entrada nesta sala acontece:

- Após contato prévio para o hospital pelos meios de emergência pré-hospitalar, efetuado através do Centro Orientador de Doentes Urgentes (CODU);
- Após contato, de utentes transferidos do SUB de Lagos;
- Uteses que entram pela triagem e aos quais são detetados sinais de gravidade;
- Pessoas que estando no serviço de internamento, que pelo agravamento do seu estado e após avaliação pela equipa de emergência interna, necessitam de cuidados mais diferenciados não disponíveis noutros serviços.

O médico pode requisitar as especialidades, os exames complementares de diagnósticos, a terapêutica e os procedimentos disponíveis e entendidos como necessários para a situação em concreto. O utente pode sair da sala de reanimação com alta, para transferência para outras instituições de saúde, para outro serviço do CHBA, para outra área do serviço de urgência e por óbito.

4.4. Pré-atendimento

Os utentes são observados por um médico de clínica geral, que pode prescrever medicação, requisitar exames complementares de diagnóstico ou dar alta. Após a realização destes procedimentos e da avaliação de enfermagem, a decisão médica pode passar por: dar alta, pedir avaliação pela especialidade, pedir a transferência para outro hospital para avaliação por especialidades não disponíveis.

Os utentes com necessidade de procedimentos cirúrgicos são encaminhados para sala de pequena cirurgia, onde são realizadas as intervenções por um clínico geral ou por cirurgião, posteriormente são encaminhados para alta, ficam em observação ou é proposto o internamento. Aqueles com problemas do foro ortopédico são encaminhados para a sala de ortopedia, onde são

efetuados os procedimentos propostos, sendo posteriormente encaminhados para alta, ficam em observação ou é proposto o internamento.

Após a observação pela especialidade, os utentes podem ter alta para o exterior, podem ter alta por parte da especialidade e ser encaminhado de novo para o clínico geral do atendimento de adultos, ser proposto para transferência para outras unidades de saúde ou o internamento.

Os utentes com internamento podem ser encaminhados para três localizações distintas:

- Decisão clínica;
- Unidade de Internamento de Doentes Agudos (UIDA);
- Serviço de internamento.

4.5. Decisão clínica

Na decisão clínica encontram-se os utentes internados e aqueles com episódios de urgência que necessitam de estar em maca ou com monitorização dos parâmetros hemodinâmicos.

Utentes com episódio de urgência

Estes utentes são observados pelos médicos de clínica geral, que podem decidir prescrever medicação, requisitar exames complementares de diagnóstico ou dar alta. Após a realização destes procedimentos e da avaliação e intervenção de enfermagem, a decisão médica pode passar por: dar alta, pedir avaliação pela especialidade, pedir transferência para outro hospital para avaliação por especialidades não disponíveis neste serviço. Após a observação pela especialidade, os utentes podem ter alta, ser proposto a transferência para outras unidades de saúde ou o internamento.

Utentes com internamento

Os utentes com **Internamento Geral**, ficam na área de decisão clínica a aguardar vaga noutros serviços do CHBA, podendo permanecer neste serviço vários dias. Têm processo de internamento informático através da aplicação CIPE/SAPE. Estes utentes podem sair deste serviço através de alta, transferência para outros serviços, transferências para outras unidades de saúde ou óbito.

4.6. Alta

A alta geralmente implica a necessidade de continuidade de cuidados no domicílio, assim é importante detetar possíveis obstáculos a essa continuidade e desenvolver estratégias para a sua resolução. É necessário verificar a:

- Carta de alta médica;
- Carta de alta de enfermagem, disponível no sistema informático ALERT;
- Necessidade de realização de ensino dos cuidados domiciliários;
- Existência de espólio e proporcionar a sua entrega;
- Existência de dispositivos médicos que deverão ser retirados antes do utente sair do serviço.

Há também a hipótese de ser o próprio utente a pedir para sair do serviço, este deve então ser informado da sua situação clínica e dos perigos da saída pelo médico responsável. Nesta situação a pessoa deve assinar o termo de responsabilidade por alta contra opinião do médico responsável, MOD PC37/03 (ANEXO XVI), ou através do formulário disponibilizado pela aplicação informática ALERT. A alta também pode ser por abandono do serviço, devendo esta ser registado em notas de enfermagem quando a pessoa já foi cuidada.

4.7. Transferência para outros serviços

Os utentes internados, assim que possível deverão ser transferidos para unidades de internamento, onde será possível a continuidade dos cuidados iniciados no serviço de urgência. Após contato com o serviço recetor, o utente é encaminhado para o serviço acompanhado por enfermeiro e assistente operacional. As informações clínicas são transmitidas ao enfermeiro que recebe o utente. Deverá acompanhar, o processo clínico, as requisições de exames complementares de diagnóstico, o cardex da medicação e a medicação. Para utentes internados na UHL, as informações são transmitidas via telefone àquele serviço.

4.8. Transferência para outras instituições de saúde

As transferências para outras instituições de saúde podem ser urgentes ou programadas e podem refletir o esgotamento dos recursos disponíveis ou a aproximação à área de residência.

Nas transferências de utentes para outras unidades de saúde, deverá ser garantida a:

- Informação clínica do utente;
- Informação ao utente e acompanhantes;
- As necessidades de recursos necessários previsíveis durante o transporte são solicitadas através do impresso de requisição de transportes de doentes MOD AD-31/05 (ANEXO XVII), onde é indicado através do somatório de uma grelha de avaliação, o tipo de veículo e os recursos humanos necessários para efetuar a transferência;
- Preenchimento do boletim de acompanhamento de transporte de doente MOD PC-40/03 (ANEXO XVIII), é fundamental quando há acompanhamento pela enfermagem e eventualmente médico, neste impresso são indicados os procedimentos a serem efetuados durante o transporte e onde são efetuados os registos de enfermagem;
- Efetuar o preenchimento do impresso de registo de acompanhamento de doente por funcionário MOD AP-38/01 (ANEXO XXIX);
- Preenchimento do boletim itinerário, para justificar o pedido de ajudas de custo para a alimentação, no modelo D-10.5. (ANEXO XX).

Os elementos da equipa de transferências asseguram o primeiro transporte de utente que possa existir. A segunda e terceira transferência no período da manhã, é assegurada por outros serviços segundo a escala da orientação técnica n.º 1/E/OT. Nos turnos da tarde e noite, a segunda e terceira transferências são sempre asseguradas por elementos do Serviço de Urgência Geral.

Via verde coronária

Os utentes que recorrem ao Serviço de Urgência Geral do CHBA e lhes é diagnosticado um enfarte agudo do miocárdio, com critério para técnica de reperfusão urgente, têm que ser transferidos para o laboratório de hemodinâmica do Hospital Central de Faro. Há um enfermeiro em escala para a realização destas transferências, que está a apoiar a reanimação ou noutro serviço, segundo as necessidades por indicação do responsável de turno. O médico é indicado pelo chefe da equipa médica entre os clínicos gerais no atendimento de adultos. Há um motorista e uma ambulância com equipamento próprio para a realização deste tipo de transferências.

4.9. Óbitos

O óbito é declarado pelo médico, com registo no respetivo processo clínico. A informação à família é efetuada pelo médico. São efetuados os cuidados ao corpo, segundo a Norma de Procedimento de Enfermagem n.º8/XII/E, após informação à família, este é encaminhado para a casa mortuária. O transporte é efetuado em carro próprio por dois assistentes operacionais acompanhado pelo original da certidão de óbito, devendo uma cópia ficar no processo. O óbito deverá ficar registado em livro próprio.

5. TRABALHO DE ENFERMAGEM

Os enfermeiros organizam o trabalho de forma responder às necessidades dos utentes e do serviço.

5.1. Metodologia de trabalho

No serviço de urgência é utilizado um método de trabalho misto. Podemos referir que o método basilar é o de equipa, já que existe uma liderança que planeia e distribui os enfermeiros pelos diferentes postos de trabalho e afetando deste modo utentes a enfermeiros Pinheiro (1994, cit. por Costa, 2004). No entanto é possível observar traços de outros métodos, caso do método individual, onde os enfermeiros ficam responsáveis por utentes segundo o plano de trabalho, sendo responsáveis por lhes prestar a totalidade dos cuidados, diz Kron e Gray (1989, cit. por Costa, 2004). Há postos de trabalho onde o método de trabalho é predominantemente funcional, onde há a resposta a solicitações individuais de cada utente e de outros profissionais. O enfermeiro organiza o trabalho de forma parcelar em tarefas, onde cada profissional tem a responsabilidade de executar uma tarefa, diz Boekholdt (1979, cit. por Costa, 2004).

Centrada no método de equipa, os chefes de equipa fazem, a distribuição dos elementos da equipa pelos diversos postos de trabalho. A enfermeira chefe ou sua substituta, faz diariamente a publicação daqueles postos de trabalho, através do plano de trabalho de enfermagem (ANEXO XXI).

5.2. Distribuição dos recursos humanos

Na manhã dos dias úteis está presente a enfermeira chefe e/ou sua substituta, bem como o elemento responsável pela decisão clínica. Os postos de trabalho são:

- Chefe de equipa, nos turnos da noite e da tarde dos dias de semana e todos os turnos dos dias não úteis, (um enfermeiro);
- Decisão clínica internados, (dois enfermeiros);
- Decisão clínica com episódio de urgência, (dois enfermeiros);
- Pré-atendimento / ortopedia / isolamento, (dois enfermeiros);
- Pequena cirurgia, (um enfermeiro);
- Triagem (um enfermeiro);
- Reanimação, (um enfermeiro);

- Via verde coronária, (um enfermeiro).

A distribuição dos enfermeiros pelos diferentes postos de trabalho, não implica dedicação exclusiva, sendo que há redistribuição de recursos humanos consoante as necessidades do serviço.

Durante o turno da manhã dos dias úteis não há elemento chefe de equipa, já que esse posto é assegurado pela chefe do serviço ou quem está em sua substituição.

5.3. Registos de enfermagem

Os registos de enfermagem são fundamentais à prática de enfermagem, estão normalizados na Norma de Procedimento de Enfermagem n.º 2/XII/E de 2010 e visam:

- Garantir a continuidade dos cuidados;
- Garantir a comunicação entre membros da equipa;
- Colaborar na avaliação da eficácia e qualidade dos cuidados;
- Responsabilizar os profissionais prestadores de cuidados;
- Permitir salvaguardar a responsabilidade profissional, nos aspetos ético-legais.

Os registos de enfermagem são efetuados em sistemas informáticos, ALERT ou CIPE/SAPE, no entanto todos eles devem seguir algumas regras:

- Ser concisos, objetivos e completos;
- Utilizar apenas os acrónimos e siglas standardizadas;
- Usar dados objetivos sem fazer juízos de valor;
- As notas de enfermagem, a validação de procedimento ou outra qualquer intervenção, devem ser registadas no perfil informático do próprio enfermeiro e não de outros enfermeiros.

No processo dos utentes internados deverão ser registadas monitorizações, como a:

- Tensão arterial;
- Frequência cardíaca;
- Temperatura timpânica;
- Saturação periférica de oxigénio;
- Dor;

- Glicemia capilar (se prescrição).

Os utentes com processo de internamento deverão ter como vigilâncias:

- A alimentação;
- A eliminação intestinal;
- A eliminação vesical;
- A pele, com avaliação pela escala de Braden (1 vez por dia, no turno da manhã);
- Sono;
- Perdas hemáticas (se prescrição);
- Ritmo cardíaco (se prescrição);
- Visitas.

Aos utentes com processo de internamento deverão, quando se justificar, ser levantados as intervenções relativas a:

- Intubação naso-gástrica;
- Algaliação.

6. ESPÓLIOS

O espólio é constituído por todos os bens que os utentes trazem consigo quando são admitidos no Serviço de Urgência. Entre estes podemos referir:

- Roupa e os acessórios (capacetes, malas e auxiliares de marcha);
- Valores (joias, dinheiro, equipamento de telecomunicações e eletrónicos, entre outros);
- Próteses (oculares, dentárias, auditivas entre outras).

Os utentes com espólio são aconselhados a entregar os seus pertences a amigos ou a familiares, se não o fizerem, estes ficarão à guarda da instituição, no entanto os utentes podem assumir a responsabilidade pela guarda de óculos e próteses, assinando impresso de termo de responsabilidade pela guarda de valores (ANEXO XXII).

O espólio deve ser efetuado na sala de reanimação assim que a assistência ao utente o permita ou após a decisão de internamento.

O espólio de roupa é da responsabilidade dos assistentes operacionais, que deverão colocar em saco azul identificado e efetuar o registo informático na aplicação ALERT.

O espólio de valores e de próteses é da responsabilidade dos enfermeiros. Este deverá inventariar todos os objetos, acondicionar em envelope identificado com etiqueta do utente e registar o conteúdo no seu exterior e de forma informática na aplicação ALERT. O espólio deverá ser entregue ao assistente técnico, por este conferido e envelope encerrado e assinado por ambos.

Se o utente está lúcido e consciente, deve ele próprio conferir o espólio e se possível assinar o envelope.

O CHBA tem um regulamento de espólios, n.º 18, disponível na intranet da instituição.

7. PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) têm ganho cada vez mais importância, quer pelo aumento da esperança de vida, pela disponibilidade de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, pela utilização de terapêuticas imunossupressoras e pela cada vez maior resistência dos microrganismos aos antibióticos, sendo que, um terço das infeções adquiridas no contexto dos cuidados de saúde é evitável. As principais recomendações da comissão de controlo da infeção do CHBA, são expressas em normas, das quais se destacam:

- Higiene das mãos, (Norma de Procedimento N.º 22 / I / S);
- Gestão dos resíduos hospitalares, (Norma de Procedimento N.º 1/IV/H) e (Norma de Procedimento 2/IV/H);
- Controlo de surtos (Norma de Procedimento N.º 7/I/S);
- Fardamento assistencial, (Norma de Procedimento N.º 10/I/S);
- Controlo do *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA), (Norma de Procedimento de Enfermagem N.º 12/I/S);
- Controlo do *Clostridium difficile*, (Norma de Procedimento N.º 19/I/S);
- Controlo do *Mycobacterium tuberculosis*, (Norma de Procedimento N.º 1/I/S);
- Controlo do *Acinetobacter baumannii*, (Norma de Procedimento N.º 20/I/S);
- A implementação de isolamento, (Norma de Procedimento N.º 3/I/S);
- A realização de hemoculturas e uroculturas, (Protocolo de atuação N.º 54/CHBA).

Estas normas encontram-se publicadas na intranet do CHBA.

8. PLANOS DE SEGURANÇA

O CHBA,EPE tem por imperativo legal um **Plano de Segurança Interno**, que define a estrutura organizativa dos meios humanos e materiais existentes, estabelece os procedimentos de gestão da emergência, com o objetivo de garantir a salvaguarda das pessoas, do ambiente, do património e da operacionalidade do CHBA (Certitecna, 2011). Tem também um **Plano de Emergência Externa** que indica um conjunto de ações a realizar, para dar resposta a uma situação de emergência/catástrofe em que o hospital se encontre envolvido (Gregório & Pires, 2011). Este capítulo, que aborda os planos de emergência da instituição, é baseado nos dois documentos acima referidos.

8.1. Plano de Emergência Interna

Incluído no Plano de Segurança Interno encontra-se o Plano de Emergência Interno (PEI), que define as formas de atuação em caso de situação de emergência interna. O PEI tem como máximo responsável, o presidente do Conselho de Administração, tal como é indicado no seu organograma (APÊNDICE III).

O Diretor do Plano de Emergência Interno, tem o apoio do Conselho Estratégico, constituído pelo Diretor Clínico, Enfermeiro Diretor, Diretor do Serviço de Instalações e Equipamentos, Serviços de Apoio – aprovisionamento e farmácia; Coordenador Geral de Evacuação e pelos diretores de serviço e enfermeiros chefes dos serviços afetados. Estes elementos em conjunto com o Delegado de Segurança (DS), devem coordenar a evacuação dos utentes das zonas atingidas para as zonas de concentração previstas, garantindo a assistência clínica a estes utentes, sendo esta da responsabilidade do Diretor Clínico.

O alarme de um evento adverso nas instalações do CHBA,EPE de Portimão, pode ser dado através dos telefones **282 450 301, 965 959 501** ou através da extensão **1117**, que será atendida na **Central de Segurança**, onde se encontra em permanência um vigilante da empresa de segurança. O edifício do CHBA,EPE de Portimão tem um Sistema Automático de Detecção de Incêndios, que quando ativado precisa de ser validado por um vigilante ou por um elemento da Gestão Técnica Centralizada (GTC), estes elementos se

validarem a situação, desencadeiam as ações de primeira intervenção, informam a Central de Segurança do ponto de situação, é esta que se for necessário, faz a ativação das Forças de Socorro Externas e informa o DS.

O PEI é ativado sempre que:

- Forças de Socorro Externas necessitem de intervir no edifício;
- Sempre que sejam necessárias ações de evacuação de utentes;
- Em exercícios.

O Plano de evacuação

O plano de evacuação estabelece as instruções e os procedimentos a adotar para uma evacuação rápida e segura de todas as pessoas presentes no CHBA, aquando uma situação de emergência. Esta deverá seguir os seguintes princípios:

- Após a análise da situação o DS propõe a evacuação, ao Diretor do PEI;
- O Conselho Estratégico, identifica as zonas de concentração e os utentes que necessitam de transferência para outras unidades de saúde;
- A ordem de evacuação é transmitida de forma verbal.

Após a decisão de evacuação, total ou parcial do serviço pelo Diretor do PEI ou seu substituto e definido o destino das pessoas, o Coordenador de Evacuação (responsável de turno), com a informação transmitida pelo Delegado de Segurança ou pela Central de Segurança, devem:

- Fazer o acompanhamento de utentes e de visitas, através dos trajetos pré-estabelecidos, (ANEXO XXIII) e (ANEXO XXIV) pela seguinte ordem:
 1. Utes e visitas que se desloquem pelos próprios meios;
 2. Utes total ou parcialmente dependentes, que não se desloquem pelos próprios meios e que estejam mais longe da saída;
 3. Utes total ou parcialmente dependentes, que não se desloquem pelos próprios meios e que estejam mais próximos da saída.

- Encaminhar as pessoas para a Zona de Concentração indicada;
- Garantir os primeiros socorros a eventuais feridos e informar o Coordenador de Evacuação Geral da sua existência e localização;
- Garantir que ninguém fica retido nos diferentes espaços e que todos os compartimentos são verificados;
- Concentrar e controlar as pessoas das suas áreas de evacuação, informar o Coordenador Geral da Evacuação do fim da evacuação e informar de pessoas retidas.

As Zonas de Concentração são de dois tipos:

- TIPO I – Salas que permitam receber utentes que necessitem de administração de terapêutica e/ou gases medicinais:
 - Hospital de Dia – três camas com gases medicinais;
 - Cirurgia do Ambulatório – oito camas com gases medicinais;
 - No estacionamento do piso -2, com possibilidade de vinte macas, com dez pontos de ligação de gases medicinais.
- TIPO II – Espaços para utentes que não necessitem de cuidados semelhantes ao tipo I.
 - Em todos os pisos – hall dos elevadores.

Os pontos de reunião no exterior do edifício do CHBA, EPE de Portimão, destinam-se a visitas e a funcionários que não tenham funções atribuídas no âmbito do Plano de Emergência.

Existem colocados no serviço, em diversos pontos, as instruções de segurança onde se podem ler os procedimentos de prevenção os procedimentos em caso de emergência (ANEXO XXV).

8.2. Plano de Emergência Externa

No CHBA, EPE para além do Plano de Segurança Interno, onde se inclui o Plano de Emergência Interno, existe um outro plano que procura dar uma resposta organizada a um sinistro, externo à instituição, gerador de múltiplas vítimas, o Plano de Emergência Externa (PEE). Este plano prevê diferentes níveis de resposta, conforme a dimensão do sinistro, assim:

- **Alerta verde** (nível 1) – resposta com os meios permanentemente disponíveis, até vinte pessoas;

- **Alerta laranja** (nível 2) – o hospital consegue responder com os recursos próprios, para situações de exceção, entre vinte e cinquenta pessoas;
- **Alerta vermelho** (nível 3) – resposta com mobilização de recursos externos à instituição, mais do que cinquenta pessoas.

O PEE prevê a ativação de um **Gabinete de Crise** como o órgão máximo durante o decorrer da situação de exceção. Chefiado pelo Presidente do Conselho de Administração, na sua ausência pelo Diretor Clínico, na ausência de ambos será do Diretor do Serviço de Urgência e na sua ausência de todos os outros será o Chefe de Equipa de Urgência. O Gabinete de Crise é representado pelo organograma que se apresenta em anexo (ANEXO XXVI). Neste modelo funcional é possível perceber a existência de um gabinete de comando que coordena todas as operações, é coadjuvado pelos sub-gabinetes de operações, de logística e de informação e comunicação.

O PEE prevê diversas fases no decorrer da resposta a uma emergência externa, sendo que a primeira fase é o alerta, onde a instituição toma conhecimento e confirma a situação problemática, passando para uma fase de alarme com a reunião do Gabinete de Crise na sala n.º7, por onde passará a coordenação da resposta à situação.

A fase de execução passa por:

- Fusão da urgência geral com a urgência pediátrica, ficando apenas a funcionar uma porta de entrada, os utentes com idade inferior a catorze anos circularão pelo interior da urgência para a ala pediátrica;
- Os registos passam a ser efetuados manualmente;
- Triagem efetuada com o algoritmo específico de catástrofe;
- Utilização do armário de catástrofe, que deverá estar operacional, selado, na sala de triagem, este contém material que permite organizar todo o processo assistencial em situação de catástrofe (ANEXO XXVII);
- A triagem passar a ser efetuada no alpendre do serviço de urgência;
- Ter um processo administrativo baseado nos documentos incluídos no kit catástrofe, apenas identificado com número que corresponderá posteriormente a um processo clínico a partir dos dados colhidos pelos assistentes técnicos colocados nas várias áreas de atendimento;

Os diferentes níveis de alerta têm ações específicas que devem ser cumpridas e que podem não ser do conhecimento dos elementos presentes, assim incluído no armário de catástrofe são instituídas cartas de ação que descrevem de forma simplificada as tarefas a efetuar pelos diferentes intervenientes nos diferentes níveis de alerta.

A resposta a uma emergência de grandes dimensões necessita de reestruturação do espaço assistencial e dos recursos humanos, esta é facilmente apreendida através do esquema de distribuição de zonas de prestação de cuidados e de recursos humanos, segundo o nível de alerta declarado (ANEXO XXVIII).

A equipa de enfermagem poderá ter a necessidade de ser reforçada, nesse caso, será chamada a equipa que deveria entrar de serviço no turno seguinte e os turnos passarão a ter a duração de doze horas.

Nas situações mais graves o hospital pode ter ser ampliado, esta ampliação pode ser por evacuação e/ou expansão. Cabe ao Gabinete de Crise avaliar continuamente a capacidade do hospital e decidir:

- Transferir utentes para as unidades de internamento;
- Ativar a Cirurgia do Ambulatório/Hospital de Dia, com uma capacidade de onze camas com monitorização e gases medicinais;
- Da possibilidade de transferência de utentes estáveis para hospitais privados.

O encerramento do plano acontece quando todas as vítimas foram admitidas no CHBA e que seja exetável poder voltar à laboração normal, o Coordenador do Plano encerra a ativação. Tem como consequência imediata voltar a fazer-se registos informaticamente. Deverá ser proporcionado a toda a equipa um espaço de reflexão dos aspetos positivos e dos aspetos a melhorar. Finalmente deverá ser elaborado o relatório final com a descrição de todas as incidências durante a ativação do plano.

9. SAÚDE OCUPACIONAL

O serviço de saúde ocupacional tem a missão de prevenir os riscos e as doenças profissionais dos trabalhadores do CHBA,EPE. Situado no piso 0, no corredor de acesso ao serviço de psiquiatria, funciona entre as 8.30 e as 17.00 horas.

9.1. Acidentes em serviço

Os acidentes em serviço podem ser considerados com ou sem exposição a material potencialmente contaminado.

Acidentes com exposição a material potencialmente contaminado

Os acidentes com exposição a material potencialmente contaminado, são aqueles em que material biológico potencialmente infetado entra em contato com a mucosa ou pele não integra, são os casos das picadas, cortes ou projeções. Nesta situação deverá, atuar de acordo com as indicações do modelo ARS-551, “normas de procedimento após exposição accidental a material potencialmente contaminado” (ANEXO XXXIX) e que encontra descrito na norma de procedimento N.º 6/IV/S. Os documentos que acompanham o profissional neste tipo de acidente são: o MOD AP18/02 que faz a participação e qualificação do acidente em serviço (ANEXO XXX); o boletim de observação por acidente de serviço MOD AP19/02 (ANEXO XXXI); o MOD-ARS 553 (ANEXO XXXII); a avaliação da escala de trauma de exposição ao Vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida MOD-ARS 552 (ANEXO XXXIII); a requisição para o Serviço de Imunohemoterapia das análises de sangue MOD SIH 43 (ANEXO XXXIV).

Acidentes sem exposição a material potencialmente contaminado

Estes acidentes referem-se a situações como quedas ou contusões, cujo procedimento encontra-se descrito pela norma de procedimento N.º 7/IV/S. Os documentos que acompanham o trabalhador nesta circunstância são: MOD AP18/02 (ANEXO XXX); MOD AP19/02 (ANEXO XXXI) e MOD MOD-ARS 553 (ANEXO XXXII).

10. VISITAS, ACOMPANHAMENTO E INFORMAÇÃO CLÍNICA

O acompanhamento de utentes no serviço de urgência é regulado pela Lei N.º 33/2009, de 14 de Julho. Esta refere que a pessoa admitida tem direito a acompanhamento de uma pessoa à sua escolha. No entanto, não permite o acompanhamento durante tratamentos ou exames que possam ser prejudicados pela presença do acompanhante.

O acompanhante tem de cumprir os seus deveres que assentam num comportamento urbano, com respeito e o acatar as instruções e indicações, desde que devidamente fundamentadas, dos profissionais de serviço, podendo mesmo ser impedido permanecer junto do utente.

O CHBA, EPE tem um **Regulamento de Visitas**, o n.º 12, que tem a finalidade de organizar o fluxo de visitantes e humanizar os serviços.

Para os utentes internados na decisão clínica existem dois períodos de visita:

- 1º período entre as 12.30 e as 13.30, uma pessoa de cada vez;
- 2º período entre as 19.00 e as 20.00 horas, uma pessoa, com a possibilidade informação clínica, pelos médicos.

Qualquer informação no âmbito da enfermagem, será prestada pelo enfermeiro responsável pelo utente em questão, devendo ser aproveitado para:

- Fornecer informação na área de competência da enfermagem;
- Colher dados e informação útil, acerca do utente;
- Realizar ensinamentos pertinentes à família ou aos cuidadores.

Todas as informações fornecidas deverão ter em conta o sigilo profissional.

11. GESTÃO DE RESÍDUOS

A gestão de resíduos já foi abordada no terceiro capítulo, no espaço onde se refere as funções da empresa de limpeza contratada em outsourcing pelo CHBA, EPE. Esta é responsável pela recolha dos lixos do grupo I e II. A tipologia dos resíduos é abordada no capítulo sétimo, prevenção e controlo da infeção, através da norma de procedimento N.º 2/IV/H.

Os lixos do grupo III e IV, são respetivamente colocados em sacos brancos e vermelhos, encerrados com abraçadeira com 2/3 da capacidade, identificados e colocados na zona de sujos. Os contentores de picantes e cortantes são encerrados com 2/3 da capacidade, identificados e colocados em zona de sujos.

Os resíduos são posteriormente recolhido por elemento da central de resíduos.

12. LEGISLAÇÃO LABORAL

O trabalho é normalizado por legislação, interna e externa, que garante direitos e deveres aos trabalhadores da instituição.

Horário de trabalho

O horário de trabalho é de 35 ou de 40 horas semanais, consoante o regime contratual do enfermeiro. O horário é efetuado mensalmente pela enfermeira chefe, confirmado pelo enfermeiro supervisor e aprovado pela direção de enfermagem. O horário é distribuído por 3 tipo de turnos diferentes:

- Manhã – 8.00-16.00;
- Tarde – 15.30-24.00;
- Noite – 23.30-8.30.

Cada enfermeiro pode efetuar **quatro trocas mensais**, sendo possível uma quinta troca com aprovação pelo enfermeiro supervisor. A execução de trocas implica o preenchimento prévio do MOD 16/01 (ANEXO XXXV) e a respetiva aprovação pelo responsável pelo serviço.

Assiduidade

A assiduidade é a presença no local de trabalho cumprindo um horário previamente estabelecido. A presença do trabalhador no local de trabalho é verificada por dois métodos distintos, através do controlo de assiduidade biométrico, com vários sensores nas instalações da unidade hospitalar e pela assinatura do funcionário na folha de ponto.

O impedimento de se apresentar no local de trabalho deve ser comunicado com a maior antecedência possível ao serviço e à equipa de gestão. É necessário preencher o impresso de comunicação de faltas / ausências MOD AP-07/05 (ANEXO XXXVI), que é entregue no departamento de recursos humanos. O funcionário tem cinco dias úteis para a apresentação da justificação. A apresentação ao serviço implica o preenchimento do impresso de apresentação ao serviço MOD AP-09/03 (ANEXO XXXVII).

Licença de férias

Cada enfermeiro tem direito a **vinte e dois dias úteis** de férias. Por cada dez anos de serviço tem direito a mais um dia de férias. Após os quarenta anos de serviço tem direito a mais um dia, após os cinquenta mais dois e após os

sessenta mais 3 dias. O funcionário pode ter os períodos de férias que entender, no entanto um deles deverá ser superior a metade dos dias de férias a que o trabalhador tem direito.

No caso dos contratos com termos certo, os trabalhadores têm direito a dois dias de férias por cada mês de trabalho.

No final de cada ano, é realizada uma reunião em cada equipa, tentando que haja acordo entre todos os elementos da equipa, para a marcação de férias para o ano seguinte. Se não houver acordo, a prioridade é do funcionário cujo cônjuge seja funcionário da instituição e do funcionário que não tenha gozado férias no mesmo período nos dois anos precedentes. Em simultâneo não podem estar de férias mais do que 20% de elementos da equipa.

O gozo de férias implica o preenchimento, com quinze dias de antecedência, do impresso de comunicação de faltas / ausências MOD AP-07/05 (ANEXO XXXVI).

A instituição através da norma de procedimento N.º 8/VIII/A, descreve os procedimentos relativos à elaboração dos planos de férias, estando esta disponível na intranet do CHBA.

Comissão gratuita de serviço

Utilizado para a frequência de formação (quarente e duas horas anuais), implica o preenchimento do MOD AP-11/02 (ANEXO XXVIII).

Licença de casamento

Direito a 15 dias seguidos após o casamento, pedidos com uma antecedência mínima de 15 dias, preenchimento do impresso de comunicação de faltas / ausências MOD AP-07/05 (ANEXO XXXVI).

Licença parental

A licença parental inicial pode ser partilhada pelo pai e pela mãe, nas seguintes condições:

- **Cento e vinte dias** seguidos, pagos a 100%;
- **Cento e cinquenta dias** seguidos, pagos a 80%. Se a mãe e o pai gozarem cada um, em exclusivo, pelo menos trinta dias seguidos, ou

dois períodos de quinze dias seguidos, o subsídio é de 100 % da remuneração de referência;

- **Cento e oitenta dias** seguidos se a mãe e o pai gozarem cada um, em exclusivo, pelo menos trinta dias seguidos, ou dois períodos de quinze dias seguidos, depois do período de gozo obrigatório pela mãe de seis semanas, pagos a 83% da remuneração de referência;
- Se houver gémeos, têm direito a mais trinta dias por cada gémeo além do primeiro.

As seis semanas a seguir ao parto têm **obrigatoriamente** que ser gozadas pela mãe.

O pai tem direito a dez dias úteis de licença **obrigatórios**: cinco dias seguidos logo a seguir ao nascimento e os restantes cinco dias, seguidos ou não, nos trinta dias a seguir ao nascimento.

Comunicação à instituição através do preenchimento do impresso de comunicação de faltas / ausências MOD AP-07/05 (ANEXO XXXVI).

Faltas por falecimento de familiares

Os funcionários têm aquando do falecimento de familiares, dias de nojo de acordo com o grau de parentesco, assim:

- **Cinco dias** consecutivos – para cônjuges e familiares em 1º grau em linha reta;
- **Dois dias** consecutivos – para familiares em linha reta no 2º e 3º grau.

A formalização deste pedido é efetuado com o preenchimento do impresso de comunicação de faltas / ausências MOD AP-07/05 (ANEXO XXXVI).

13. O PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO

Um programa é definido pela Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira, como o “delineamento geral dos diversos pontos metodicamente dispostos que se vão tratar na elaboração de um trabalho” (volume XXIII, p. 377). Assim, neste capítulo é apresentado o programa de integração dos profissionais, quando estes iniciam funções no serviço de urgência geral do CHBA, EPE. Com quatro semanas de duração e passando por todos os postos de trabalho, excetuando a reanimação e a triagem, procura facilitar, orientar e enquadrar no serviço da forma mais eficaz possível.

13.1. Objetivos

Objetivo geral:

Permitir a mais rápida, eficaz e organizada adaptação do novo elemento ao serviço de urgência geral do CHBA, EPE.

Objetivos específicos:

- Conhecer a estrutura física do serviço;
- Conhecer os recursos humanos e materiais do serviço;
- Conhecer os procedimentos burocráticos associados à prestação de cuidados;
- Compreender o circuito do utente no serviço de urgência;
- Saber o papel de desempenhar em situação de urgência;
- Utilizar os sistemas informáticos que apoiam a prestação de cuidados.

13.2. Metodologia

O plano de integração é do conhecimento de toda a equipa de enfermagem e todos os enfermeiros passam pelo processo de integração independentemente da sua experiência anterior.

O enfermeiro ficará como elemento supranumerário durante o período de integração, não podendo ser utilizado para suprir postos de trabalho.

Ao enfermeiro a integrar, será atribuído, pela enfermeira chefe, um enfermeiro responsável pela integração do novo elemento e que este acompanhará durante as quatro semanas de integração.

Durante o período de integração é procurado o desenvolvimento das atividades preconizadas no programa, estas dizem respeito aos conhecimentos, às atitudes e ao saber desempenhar as tarefas inerentes à prestação de cuidados. Durante o tempo de integração não são permitidas trocas de turno por parte do enfermeiro em integração, salvo por motivo de força maior.

13.3. Os intervenientes do processo de integração

Durante o processo de integração deverá ser procurada uma parceria entre os diferentes intervenientes (chefia de enfermagem, integrador e elemento a ser integrado) com espaço de discussão dos potenciais problemas, baseado na sinceridade, transparência e capacidade de escuta mútua. No entanto é necessário estabelecer as responsabilidades de cada um dos intervenientes.

A enfermeira chefe

A enfermeira chefe deverá:

- Informar o novo elemento das características do serviço, da sua missão e dos valores pelos quais se norteia o trabalho;
- Apresentar as instalações do serviço;
- Apresentar a equipa multidisciplinar;
- Delegar a integração do novo elemento num enfermeiro;
- Ser responsável máximo pela avaliação do processo de avaliação do novo elemento;
- Proporcionar ao elemento em integração, a oportunidade de participar em atividades que contribuam para o enriquecimento da sua aprendizagem;
- Elaborar o horário tendo em consideração que o enfermeiro em período de integração, deverá ser acompanhado pelo enfermeiro integrador;
- Estabelecer com o novo elemento uma relação empática procurando dar respostas adequadas e satisfatórias para as questões do novo elemento;
- Definir os momentos de avaliação ao longo do tempo de integração.

O enfermeiro integrador

O enfermeiro responsável pela integração deverá ter algumas características facilitadoras do processo de integração de novos elementos:

- Deverá ser enfermeiro no serviço há pelo menos dois anos;
- Estar desperto para os processos de formação;
- É dada preferência a enfermeiros com a formação de formadores e portadores de Certificado de Aptidão Profissional (CAP),
- Ser conhecedor do serviço e da instituição;
- Ter capacidade de supervisão e orientação e de uma forma assertiva ser capaz de apontar erros e de os fundamentar tendo por base a evidência científica atualizada (Marinho, 2011).

Para além das características acima indicadas, deve o enfermeiro integrador ser responsável por:

- Incentivar uma prática autónoma, competente e responsável;
- Favorecer o trabalho em equipa;
- Rentabilizar os recursos materiais e humanos do serviço;
- Estimular o crescimento de uma prática reflexiva, baseada em conhecimento científico verificável e atual.

O enfermeiro em processo de integração

Ao enfermeiro que chega ao serviço é dada como responsabilidade que:

- Conhecer o manual de integração e as normas de procedimento do CHBA, EPE;
- Atue de acordo com a missão e valores da instituição e serviço;
- Adote uma postura de responsabilidade, transparência e capacidade de trabalho para com a instituição, equipa e utentes.

13.4. Atividades

Durante o tempo de integração, o programa prevê o cumprimento de uma série de objetivos, que se traduzem em atividades que decorrerão faseadamente ao longo das quatro semanas, estas diversas fases estão planeadas no guia de integração que deverá ser entregue ao novo elemento no primeiro dia de desempenho de funções (APÊNDICE IV).

Primeira semana

Durante o **primeiro dia** decorrem atividades de predomínio burocrático e de conhecimento da instituição:

- Entrevista com a Enfermeira Diretora ou seu substituto;
- Apresentação ao supervisor da área;
- Apresentação à enfermeira-chefe do serviço;
- Entrevista com a enfermeira-chefe do serviço, com indicação da:
 - Missão do serviço;
 - Organização dos cuidados de enfermagem;
 - Apresentação da metodologia de trabalho do serviço;
 - Regime laboral;
 - Recursos humanos e materiais do serviço;
 - Formação contínua e em serviço;
 - Avaliação do desempenho;
 - Apresentação do processo de integração no serviço;
 - Entrega do guia de integração;
- Apresentação do enfermeiro responsável pela integração ao novo elemento;
- Apresentação à direção do serviço de urgência, aos chefes de equipa de enfermagem, apresentação à equipa do serviço;
- Apresentação do manual de integração de novos elementos, para consulta e entrega e discussão do guia de integração;
- Apresentação do manual hospitalar e consulta.

A partir do **segundo dia**, o enfermeiro em integração passa acompanhar o enfermeiro responsável pela integração, de acordo com o seu horário, ficando a prestar cuidados na área de atendimento de adultos. Os objetivos e as atividades que deverão ser desenvolvidas, são:

- Identificar os utentes antes de qualquer procedimento:
 - Identifica de forma positiva os utentes antes de qualquer procedimento, questionando o nome completo ou através da pulseira de identificação.

- Conhecer o circuito do utente no espaço do atendimento de adultos:
 - Diferencia as salas de espera segundo a prioridade da triagem;
 - Encaminha para o local correto os utentes que necessitam de oxigenioterapia;
 - Encaminha para o local correto, o utente não autónomo;
 - Encaminha os utentes para os exames complementares de diagnóstico em colaboração com os assistentes operacionais.

- Manusear o sistema informático ALERT:
 - Reconhece os utentes no programa informático e verifica as prescrições médicas;
 - Efetua a validação dos procedimentos;
 - Efetua os registos de enfermagem dos procedimentos e as notas de evolução do utente segundo as normas da instituição.

- Validar, preparar e administrar medicação:
 - Administra a medicação tendo em consideração os seis certos;
 - Mantem a correta assepsia nos procedimentos de administração de medicação;
 - Vigia e regista a administração da terapêutica e faz as notas de evolução do utente, segundo as normas da instituição.

- Efetuar a colheita de produtos biológicos para análise:
 - Identifica o utente;
 - Colhe o produto biológico requisitado;
 - Utiliza as técnicas assépticas adequadas à recolha dos produtos;
 - Identifica as amostras colhidas;
 - Encaminha as amostras para o serviço de patologia clínica.

- Fazer a triagem dos resíduos produzidos, colocando-os nos contentores apropriados.

- Faz a separação dos resíduos segundo as normas da instituição.

Segunda semana

Durante a segunda semana, o enfermeiro em integração acompanha o responsável pela integração, de acordo com o seu horário, ficando a prestar cuidados na área de pré-atendimento nas salas de pequena-cirurgia, ortopedia e isolamento. As atividades a ser desenvolvidas são as descritas para a primeira semana acrescentando:

- Prestar cuidados nas salas de pequena cirurgia:
 - Prepara o material de acordo com o procedimento a ser realizado;
 - Realiza os procedimentos de acordo com as normas de assepsia;
 - Efetua os registos os procedimentos efetuados e as notas de evolução do utente segundo as normas da instituição.
- Prestar cuidados na sala de ortopedia:
 - Prepara o material de acordo com o procedimento a ser realizado;
 - Acompanha a realização dos procedimentos ortopédicos;
 - Efetua os registos dos procedimentos efetuados e as notas de evolução do utente segundo as normas da instituição.
- Prestar cuidados ao utente com indicação de isolamento:
 - Presta cuidados aos utentes com necessidades de isolamento, cumprindo as normas da Comissão de Controlo da Infecção.
- Gerir os recursos materiais que tem à sua disposição.
 - Faz a reposição de material de consumo clínico em colaboração com os assistentes operacionais;
 - Verifica a operacionalidade de dispositivos médicos e de apoio;
 - Sinaliza junto do chefe de equipa, as anomalias com os recursos materiais.

- Fazer a passagem de turno dos utentes pelos quais esteve responsável:
 - Faz a passagem de turno dos utentes pelos quais esteve responsável.

Terceira semana

Na terceira semana o enfermeiro em integração continua a acompanhar o enfermeiro responsável pela integração, de acordo com o seu horário, ficando a prestar cuidados na área de decisão clínica, prestando cuidados a utentes que se encontram com episódio de urgência. Os objetivos e as atividades que deverão ser desenvolvidas, para além daquelas referidas nas duas semanas anteriores, são:

- Acolher o utente/família chegado à zona de decisão clínica:
 - Identifica positivamente o utente;
 - Conhece a situação clínica do utente;
 - Avalia a necessidade de monitorização dos parâmetros hemodinâmicos;
 - Avalia a necessidade de execução de cuidados de enfermagem;
 - Planeia intervenções de enfermagem de acordo com as necessidades do utente;
 - Executa cuidados de enfermagem autónomos no âmbito das competências do enfermeiro;
 - Avalia a eficácia das intervenções;
 - Faz o encaminhamento para outros técnicos tendo em vista a resolução de problemas detetados.

- Manuseamento do sistema informático ALERT:
 - Reconhecer os utentes no programa informático e verificar as prescrições médicas;
 - Efetuar a validação de procedimentos segundo as normas da instituição;

- Efetuar registos de enfermagem dos procedimentos e notas de evolução do utente.
- Fornecer informações na sua área de competência aos acompanhantes:
- Informa da norma de acompanhamento de pessoas na sala de decisão clínica;
 - Presta informação na área de competência da enfermagem aos acompanhantes dos utentes;
 - Encaminha para outros profissionais quando a informação solicitada transcende a área de competência da enfermagem.
- Estabelecer as prioridades de atuação de acordo com a situação clínica dos diferentes utentes que tem à sua responsabilidade.
- Estabelece prioridades de atuação de acordo com a situação clínica dos diferentes utentes que tem à sua responsabilidade.
- Estabelece comunicação com o utente e/ou pessoa significativas para planear a alta:
- Faz ensinios para a continuidade de cuidados no domicílio;
- Elabora carta de alta para a continuidade de cuidados no domicílio;
- Verifica se todos os dispositivos que o utente tem consigo são retirados.
- Preparar o utente para transferência para outro serviço de internamento:
- Contata o serviço de destino;
 - Reúne toda documentação para a continuidade de cuidados no serviço;
 - Reúne as condições para efetivar a transferência em segurança;
 - Faz na unidade de destino a passagem de informação acerca do utente ao enfermeiro que o recebe.

Quarta semana

Durante a quarta semana, o enfermeiro em integração acompanha o responsável pela integração, de acordo com o seu horário, ficando a prestar cuidados na área de decisão clínica aos utentes com episódio de internamento.

Os objetivos e as atividades serem desenvolvidas, são:

- Funcionar com o processo de internamento informático através de aplicação CIPE/SAPE:
 - Realiza a avaliação inicial;
 - Planeia as monitorizações, vigilâncias e as intervenções na aplicação informática disponível;
 - Efetua os registos de acordo com o planeado e faz os registos adicionais de acordo com a norma de registos da instituição.

- Administrar a medicação de acordo com a prescrição médica eletrónica:
 - Imprime a folha de medicação para as vinte e quatro horas seguintes;
 - Administra a medicação tendo em consideração os seis certos;
 - Mantém de uma correta assepsia nos procedimentos de administração de medicação;
 - Vigia e regista a administração da terapêutica e faz notas de evolução.

- Prestar cuidados holísticos aos utentes com processo de internamento:
 - Avaliar as necessidades do utente
 - Planear as intervenções ao utente;
 - Executa as intervenções junto do utente;
 - Avalia os resultados das intervenções junto do utente.

- Demonstrar conhecimentos dos procedimentos de controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS):

- Presta cuidados a utentes com isolamento cumprindo as suas normas;
 - Cumpre a norma de higienização das mãos;
 - Cumpre a norma relativa ao fardamento assistencial;
 - Efetua colheita de produtos biológicos para a culturas de acordo com as normas.
- Efetuar transferências de utentes da área de decisão clínica, para o serviço de internamento:
- Contata o serviço de destino;
 - Reúne toda documentação para a continuidade de cuidados no serviço;
 - Reúne as condições para efetivar a transferência em segurança;
 - Faz na unidade de destino a passagem de informação acerca do utente ao enfermeiro que o recebe.
- Efetuar espólio de valores à pessoa internada:
- Informa o utente da necessidade de realizar o espólio de valores durante o internamento;
 - Efetua o procedimento de acordo com o com o regulamento de espólios.
- Conhecer os procedimentos adequados em situação de emergência:
- Conhece os passos a desenvolver em situação de emergência interna;
 - Conhece os passos a desenvolver em situação de emergência externa.

13.5. Avaliação

O processo de avaliação é contínuo e resulta do contato entre enfermeiro integrador e elemento a ser integrado, no entanto existem momentos de avaliação formais que ocorrem no final de cada semana de integração ou se

por impossibilidade no dia útil mais próximo. Estes momentos de avaliação passam por uma reunião com os três elementos envolvidos no processo de integração, enfermeira chefe, enfermeiro integrador e enfermeiro em processo de integração. Nesta reunião é feita uma análise do tempo decorrido, tendo por base os objetivos propostos para cada semana. É efetuado um registo dos aspetos positivos e dos aspetos a melhorar referidos pelo enfermeiro integrador e em integração, são propostas soluções corretivas para a semana seguinte (ANEXO V).

Na avaliação final é efetuada uma reflexão sobre as quatro semanas de integração, através de:

- Autoavaliação do elemento integrado;
- Observação ou Hetero-avaliação do enfermeiro responsável pela integração;
- Parecer do enfermeiro-chefe.

O parecer da enfermeira chefe pode passar pela indicação do início de funções na equipa de enfermagem, ou pode passar pelo desempenho de funções transitoriamente com supervisão do chefe-de-equipa, até à avaliação efetuada durante o período experimental, tal como está previsto na Orientação Técnica de Enfermagem N.º 3/E/OT, que deverá ser efetuada até aos:

- 180 dias no Contrato Individual de Trabalho sem Termo;
- Para o Contrato Individual de Trabalho a Termo Certo e a Termo Incerto:
 - 30 dias no caso de Contrato a Termo com a duração igual ou superior a 6 meses.

14. CONCLUSÃO

A elaboração deste trabalho resultou de uma necessidade sentida pelo serviço de enquadrar de uma forma, rápida, eficaz e harmoniosa os enfermeiros que chegam ao serviço. São fornecidas uma série de informações práticas, orientadas para a realidade do serviço em concreto. É também proposto um guia para o tempo de integração e uma proposta de avaliação desse mesmo tempo.

Este guia, pelo tempo de mudança onde se insere, é dinâmico e deverá ser sujeito periodicamente a revisões, para se adaptar à realidade fruto das modificações quer da estrutura, quer dos recursos humanos, quer das próprias metodologias de trabalho, que são elas próprias dinâmicas. Mais do que uma conclusão, esta é pois, uma mensagem para que o trabalho que aqui se finaliza, não seja ele uma estação terminal, mas apenas um apeadeiro, para que a viagem prossiga com novas atualizações do guia de integração de enfermeiros no serviço de urgência geral e na forma de a fazer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Certitecna – Engenheiros consultores SA (2011). Plano de segurança interno da unidade Hospitalar de Portimão do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, (s.d.). Missão. Consultado em 20 de Junho 2012 através de http://www.chbalgarvio.min-saude.pt/Centro_Hospitalar/Missao/?sm=1_1

Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, (s.d.). Missão. Consultado em 20 de Junho 2012 através de http://www.chbalgarvio.min-saude.pt/Centro_Hospitalar/Visao/?sm=1_2

Costa, J., (2004). Métodos de prestação de cuidados. Consultado em 20 de Junho 2012 através de <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>

Decreto-Lei n.º 231/92, de 21 de Outubro. Diário da República nº 243/92 - I Série A. Lisboa. Consultado em 21 de Junho 2012 através de <http://www.dre.pt/pdf1s/1992/10/243A00/49054908.pdf>

Decreto-Lei n.º Lei n.º 33/2009 de 14 de Julho. Diário da República nº 134/2009 - I Série A. Lisboa. Consultado em 21 de Junho 2012 através de <http://dre.pt/pdf1s/2009/07/13400/0446704467.pdf>

Despacho nº 5414/2008 de 28 de fevereiro. Diário da República, nº42, 2ª série. Lisboa: Gabinete do Ministro da Saúde.

Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira (1990), Volume XII, Editorial Enciclopédica, Limitada, Lisboa, Rio de Janeiro, (p. 871-872).

Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira (1990), Volume XIII, Editorial Enciclopédica, Limitada, Lisboa, Rio de Janeiro, (p. 913).

Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira (1990), Volume XVI, Editorial Enciclopédica, Limitada, Lisboa, Rio de Janeiro, (p. 154).

Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira (1990), Volume XXII, Editorial Enciclopédica, Limitada, Lisboa, Rio de Janeiro, (p. 70-71).

Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira (1990), Volume XXIII, Editorial Enciclopédica, Limitada, Lisboa, Rio de Janeiro, (p. 377).

Gregório, A., Pires, P. (2011). Projecto de elaboração do plano de emergência externa do centro hospitalar do barlavento algarvio. Portimão.

Grupo Português de Triagem, (s. d.). Triagem de Prioridades na Urgência. Sistema de Manchester. Consultado em 20 de Junho 2012 através de <http://pt.scribd.com/doc/23680912/Documento-explicativo-Triagem-Manchester>

Instituto Nacional de Estatística, (2011). Estimativas anuais de População Residente, Portugal, NUTS II, NUTS III e Municípios-exercício Ad hoc 2010 e 2011 – 2011. Consultado em 8 de Julho de 2012 através de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=107556656&DESTAQUEStema=55466&DESTAQUESmodo=2

Marinho, S., (2011). Ficha de leitura “Integração de Novos Colaboradores – Análise Comparativa sobre Programas de Integração” de Célia Sidor. Setúbal. Escola Superior de saúde de Setúbal.

Norma de Procedimento de Enfermagem n.º 11/XII/E do CHBA (2010). Manutenção do cofre de estupefacientes. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Norma de Procedimento de Enfermagem n.º 2/XII/E, (2010). Registos de enfermagem. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Norma de Procedimento de Enfermagem n.º 8/XII/E, (2010). Cuidados post-mortem. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Norma de Procedimento n.º 1/I/S do CHBA (2010). Recomendações para a prevenção da transmissão nosocomial da tuberculose. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Norma de Procedimento n.º 1/IV/H do CHBA (2010). Classificação e triagem de resíduos hospitalares. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Norma de Procedimento n.º 10/I/S do CHBA (2011). Fardamento assistencial. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Norma de Procedimento n.º 12/I/S do CHBA (2010). Recomendações para a prevenção da transmissão nosocomial de MRSA. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Norma de Procedimento n.º 15/I/S do CHBA (2009). Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Norma de Procedimento n.º 19/I/S do CHBA (2011). Recomendações para o tratamento e prevenção da transmissão cruzada de *Clostridium difficile*. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Norma de Procedimento n.º 2/IV/H do CHBA (2010). Classificação e triagem de resíduos hospitalares. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Norma de Procedimento n.º 2/V/H do CHBA (2011). Descrição de funções dos assistentes operacionais. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Norma de Procedimento n.º 20/I/S do CHBA (2009). Recomendações para a prevenção da transmissão intra-hospitalar de acinetobacter baumannii multiresistente e outros bacilos gram negativos não fermentativos. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Norma de Procedimento n.º 22/I/S do CHBA (2011). Recomendações de boa prática para a higiene das mãos no CHBA. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Norma de Procedimento n.º 3/I/S do CHBA (2011). Isolamentos. Precauções básicas e precauções baseadas nas vias de transmissão. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Norma de Procedimento n.º 6/IV/S do CHBA (2007). Procedimento após exposição accidental a material potencialmente contaminado – Profissionais internos. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Norma de Procedimento n.º 7/IV/S do CHBA (2011). Procedimento após acidente de trabalho sem exposição a material potencialmente contaminado (quedas, contusões,...). Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Norma de Procedimento n.º 7/I/S do CHBA (2011). Controlo e prevenção de surtos de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Norma de Procedimento n.º 8/VIII/A do CHBA (2011). Planos de férias. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Norma de Procedimento Nº 22 / I / S (2011). Recomendações de boa prática para a higiene das mãos no CHBA. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Orientação Técnica de Enfermagem n.º 3/E/OT, (2010). Avaliação individual do

desempenho, contratos individuais. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Política n.º 10 do CHBA (2010). Política de controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Protocolo de atuação n.º 54 do CHBA (2007). Colheita de sangue para hemocultura. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Regulamento n.º 12 do CHBA (2010). Regulamento de visitas. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Regulamento n.º 18 do CHBA (2010). Regulamento de espólios. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Serviço de Urgência Geral do CHBA, (2003). Plano de ação do Serviço de Urgência Geral do CHBA – 2004. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Silva, A., Batalha, E., Pinto, T., Silva, C., Pereira, J., Nascimento, V., et al. (s.d.). Estratégias de Socialização: a forma mais eficaz para a integração entre indivíduo e organização. Consultado em 20 de Junho 2012 através de http://www.aedb.br/seget/artigos08/584_Estrategias%20de%20Socializacao.pdf

Teixeira, S., (1998). Gestão das organizações. McGraw-Hill Portugal: Alfragide.



Apresentação do programa de integração de novos enfermeiros no serviço de urgência geral do CHBA		
Formador: Jorge Miguel Santos Gomes da Silva		
Destinatários: Enfermeiros do serviço de urgência geral do CHBA		
Local: Auditório do centro de formação do CHBA		
Data: 4 de Julho 2012	Hora: 16.00	Duração: 90 minutos
Objetivo geral: apresentar uma proposta de um processo de integração de novos elementos no serviço de urgência geral do CHBA		
Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none">• Justificar a necessidade de um processo de integração de novos elementos;• Demonstrar a construção da proposta do processo de integração de novos elementos;• Apresentar a proposta de integração de novos enfermeiros no serviço de urgência geral do <u>CHBA</u>.		

OBJETIVOS	CONTEÚDOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁTICOS	AVALIAÇÃO	DURAÇÃO
Justificar a necessidade de um processo de integração de novos elementos.	<p>Apresentação dos resultados obtidos através das ferramentas de gestão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas à equipa de gestão do serviço de urgência geral do CHBA; • Entrevistas à equipa de enfermagem envolvida em processos de integração; • Análise SWOT; • <u>Stream analysis</u>. 	<p>Método:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expositivo; • Interrogativo 	<p>Computador e videoprojector.</p> <p>Apresentação em PowerPoint.</p>	Inquérito final.	15 minutos

OBJETIVOS	CONTEÚDOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁTICOS	AVALIAÇÃO	DURAÇÃO
Demonstrar a construção da proposta do processo de integração de novos elementos	<p>Apresentação dos recursos humanos do serviço de urgência geral.</p> <p>Apresentação dos serviços que se articulam com o serviço de urgência geral.</p> <p>Apresentação da estrutura física do serviço de urgência geral.</p> <p>Descreve o circuito do utente no serviço de urgência.</p> <p>Reflete sobre o trabalho de enfermagem no serviço de urgência:</p>	<p>Método:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expositivo; • Interrogativo 	<p>Computador e videoprojector.</p> <p>Apresentação em PowerPoint.</p>	Inquérito final.	45 minutos

	<ul style="list-style-type: none"> • O método de trabalho; • A distribuição da equipa pelos postos de trabalho; • Os registos de enfermagem. <p>Aborda a necessidade de execução de espólios.</p> <p>Descreve a importância do controlo da infeção dando ênfase à higienização das mãos.</p> <p>Apresenta alguns conceitos dos planos para situações de exceção.</p> <p>Aborda as ações a</p>				
--	--	--	--	--	--

	desencadear em caso de acidente em serviço. Apresenta alguns aspetos da legislação laboral.				
Apresentar a proposta de integração de novos enfermeiros no serviço de urgência geral do CHBA	Apresenta a proposta de processo de integração de novos elementos no serviço de urgência geral do CHBA: <ul style="list-style-type: none"> • Método; • Plano de integração; • Avaliação. 	Método: <ul style="list-style-type: none"> • Expositivo; • Interrogativo 	Computador e videoprojector. Apresentação em PowerPoint.	Inquérito final.	15 minutos

Apêndice XVII
Apresentação informática da sessão pública

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL DO CHBA

Orientado por:
Professora Alice Rulivo
Enfermeira Paula Costa

JANEIRO DE 2023

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS

OBJETIVO GERAL

Apresentar uma proposta de processo de integração de novos elementos no serviço de urgência geral do CHBA.

JANEIRO DE 2023

1
2

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Justificar a necessidade de um processo de integração de novos elementos;
- Demonstrar a construção da proposta do processo de integração de novos elementos;
- Apresentar a proposta de integração de novos enfermeiros no serviço de urgência geral do CHBA.

JANEIRO DE 2023

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS

EQUIPA 28
ENFERMEIROS

14 NOVOS
ENFERMEIROS
EM 9 MESES

25% DE NOVOS
ELEMENTOS

JANEIRO DE 2023

3
4

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

SERÁ NECESSÁRIO UM PROCESSO DE INTEGRAÇÃO?

JANEIRO DE 2023

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

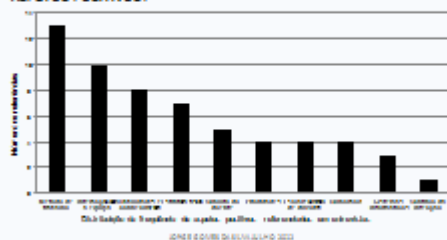
HÁVERÁ GANHOS COM O PERÍODO DE INTEGRAÇÃO?

JANEIRO DE 2023

5
6

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

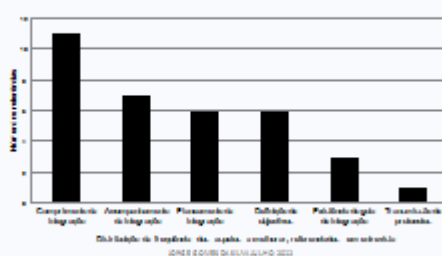
UM PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS EMPREGADOS TERIA ASPECTOS POSITIVOS?



7

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

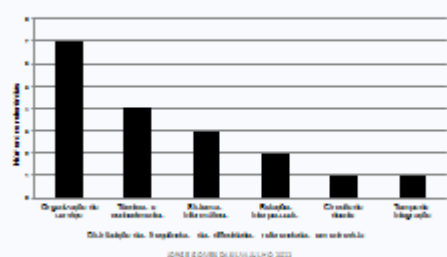
HÁ ASPECTOS A MELHORAR NO ACTUAL PERÍODO DE INTEGRAÇÃO?



8

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

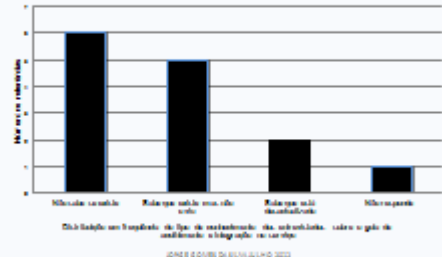
QUAIS AS MAIORES DIFICULDADES DO PERÍODO DE INTEGRAÇÃO?



9

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

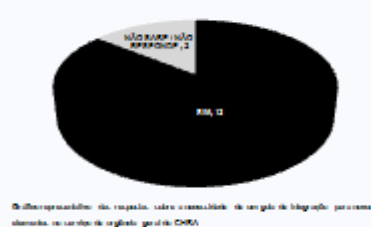
CONHECIMENTO DO GUIA DE INTEGRAÇÃO?



10

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

NECESSIDADE DE UM GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS?



Distribuição das respostas sobre a necessidade de um guia de integração para novos elementos, no âmbito do trabalho geral da CHRA.

JANEIRO DE 2019

11

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

A LITERATURA, o que diz:

Aspectos positivos de programas de integração:

- Diminuição do tempo de adaptação ao trabalho;
- Diminuição da insegurança do profissional;
- Maior autonomia do enfermeiro;
- Menor probabilidade de erro.

Resumo da literatura sobre a integração de novos elementos.

JANEIRO DE 2019

12

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

13

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

FERRAMENTAS DE DIAGNÓSTICO

STREAM ANALYSIS.

ANÁLISE SWOT.

14

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

15

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

EQUIPA DE GESTÃO

Enfermeira substituta responsável por área de atendimento de adultos e reabilitação

Responsável pela área de decisão clínica

4 equipas com 12 enfermeiros cada

1 equipa de transitoriedade com 5 enfermeiros

16

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

EQUIPA MÉDICA

Clinica geral	Otorrinolaringologia
Medicina interna	Gastroenterologia
Cirurgia geral	Cardiologia
Ortopedia	Ginecologia e obstetria
Anestesiologia	Pediatria
Oftalmologia	

17

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

ASSISTENTE OPERACIONAL

- 7 no turno de manhã
- 6 no turno da tarde
- 4 no turno de noite

Funções descritas na norma de procedimento n.º 2N/H do CHBA

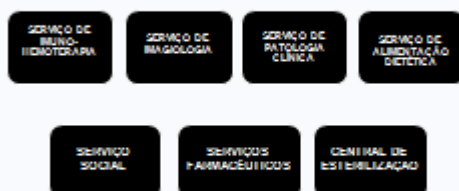
ASSISTENTE TÉCNICO

- ADMISSÃO DE DOENTE: 2 em cada turno com reforço entre as 12 horas e as 20 horas
- SECRETARIADO
- 2 no horário de expediente

18

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

SERVIÇOS DE APOIO



JOÃO E DORIS DA SILVA JUNHO 2023

19

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

SERVIÇOS DE APOIO

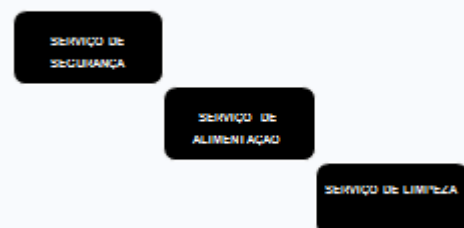


JOÃO E DORIS DA SILVA JUNHO 2023

20

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

SERVIÇOS EM OUTSOURCING



JOÃO E DORIS DA SILVA JUNHO 2023

21

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

ESTRUTURA FÍSICA

ÁREA DE DECISÃO CLÍNICA

ATENDIMENTO DE ADULTOS / REANIMAÇÃO

JOÃO E DORIS DA SILVA JUNHO 2023

22

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

ESTRUTURA FÍSICA DA ÁREA DE ATENDIMENTO DE ADULTOS



JOÃO E DORIS DA SILVA JUNHO 2023

23

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

CIRCUITO DO DOENTE

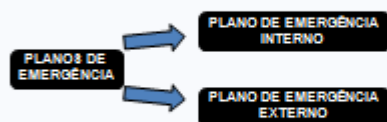


JOÃO E DORIS DA SILVA JUNHO 2023

24

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

SITUAÇÃO 3 DE EXPEÇÃO



JONES & JONES DI ESTIVARDO 2023

31

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

SITUAÇÃO 3 DE EXPEÇÃO – PLANO EMERGÊNCIA INTERNO

RESPOSTA A UM SINISTRO

PLANO DE EVACUAÇÃO

COMO EVACUAR OS
UTENTES

JONES & JONES DI ESTIVARDO 2023

32

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

SITUAÇÃO 3 DE EXPEÇÃO – PLANO EMERGÊNCIA INTERNO

COMO EVACUAR OS
UTENTES

1ª Utentes e visitas que se deslocam pelos próprios meios;

2ª Utentes total ou parcialmente dependentes, que não se deslocam pelos próprios meios e que estejam mais longe da saída;

3ª Utentes total ou parcialmente dependentes, que não se deslocam pelos próprios meios e que estejam mais próximos da saída

JONES & JONES DI ESTIVARDO 2023

33

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

SITUAÇÃO 3 DE EXPEÇÃO – PLANO EMERGÊNCIA INTERNO

COMO EVACUAR OS
UTENTES

* Encaminhar as pessoas para a Zona de Concentração indicada;

* Contar os primeiros socorros e eventuais feridos e informar a coordenação da sua existência e localização;

* Garantir que todos os compartimentos são verificados sem ninguém ficar retido;

* Concentrar e controlar as pessoas das suas áreas de evacuação, informar a coordenação do fim da evacuação e de pessoas retidas.

JONES & JONES DI ESTIVARDO 2023

34

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

SITUAÇÃO 3 DE EXPEÇÃO – PLANO EMERGÊNCIA INTERNO

COMO EVACUAR OS
UTENTES

TIPO I – Salas que permitem receber doentes que necessitem de administração de terapêutica e/ou gases medicinais;

Hospital de dia – 3 camas;

Cirurgia do Ambulatório – 8 camas;

No parqueamento do piso -2, - 20 camas, com 10 pontos de gases medicinais.

TIPO II – Espaço para doentes que não necessitem de cuidados em todos os pisos – hall das elevadores

JONES & JONES DI ESTIVARDO 2023

35

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

SITUAÇÃO 3 DE EXPEÇÃO – PLANO EMERGÊNCIA EXTERNO

Alerta verde (nível 1) – resposta com os meios permanentemente disponíveis, até 20 pessoas;

Alerta laranja (nível 2) – o hospital consegue responder com os recursos próprios, para situações de exceção, entre 20 e 50 pessoas;

Alerta vermelho (nível 3) – resposta com mobilização de recursos externos à instituição, mais do que 50 pessoas.

JONES & JONES DI ESTIVARDO 2023

36

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

SITUAÇÃO 3 DE EXCEÇÃO – PLANO EMERGÊNCIA EXTERNO

- Fluxo de urgência geral com a urgência pediátrica, os utentes com idade inferior a 14 anos circulam pelo interior da urgência para a sala pediátrica;
- Os registos passam a ser efetuados manualmente;
- Imagem efetuada com o algoritmo específico de cefaleia;
- Utilização do armário de cefaleia;

IGNE & OIBS DI BVLIA ALPH 2023

37

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

SITUAÇÃO 3 DE EXCEÇÃO – PLANO EMERGÊNCIA EXTERNO

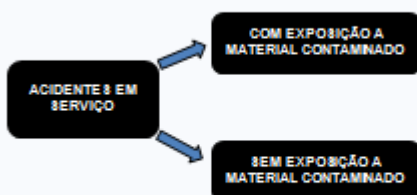
- A imagem passa a ser efetuada no alpendre do serviço de urgência;
- Processo administrativo baseado nos documentos incluídos no kit cefaleia;
- Reforço da equipa de enfermagem, com um(a) apenas duas equipas com turnos de 12 horas;
- Pode haver necessidade de necessidade aplicação do hospital com reestruturação das áreas existentes;

IGNE & OIBS DI BVLIA ALPH 2023

38

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

ACIDENTE 3 EM SERVIÇO



IGNE & OIBS DI BVLIA ALPH 2023

39

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

GESTÃO DE RESÍDUOS

RESÍDUOS NÃO PERICULOSOS		RESÍDUOS PERICULOSOS	
GRUPO I	GRUPO II	GRUPO III	GRUPO IV
RESÍDUOS URBANOS	RESÍDUOS HOSPITALARES NÃO PERICULOSOS	RESÍDUOS HOSPITALARES COM RISCO BIOLÓGICO	RESÍDUOS HOSPITALARES ESPECÍFICOS
SACOS PRETOS	SACOS PRETOS	SACOS BRANCOS	CONTÊINERES AMARELOS SACOS VERMELHOS

IGNE & OIBS DI BVLIA ALPH 2023

40

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

LEGISLAÇÃO LABORAL - TURNOS

MANHÃ	• 8.00-16.00
TARDE	• 15.30-24.00
NOITE	• 23.30-8.30



IGNE & OIBS DI BVLIA ALPH 2023

41

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

LEGISLAÇÃO LABORAL – LICENÇA 3 / FALTAS

FÉRIAS
CASAMENTO
LICENÇA PARENTAL
FALECIMENTO DE FAMILIARES

IGNE & OIBS DI BVLIA ALPH 2023

42

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

PLANO DE INTEGRAÇÃO

OBJETIVOS

Permitir a mais rápida, eficaz e organizada adaptação do novo elemento ao serviço de urgência geral do CHSA.

- ✓ Conhecer a estrutura física do serviço;
- ✓ Conhecer os recursos humanos e materiais do serviço;
- ✓ Conhecer os procedimentos burocráticos associados à prestação de cuidados;
- ✓ Compreender o percurso do doente no serviço de urgência;
- ✓ Saber o papel de desempenhar em situações de urgência;
- ✓ Utilizar os sistemas informáticos que apoiam a prestação de cuidados.

CHSA e DUBH de BELLALPUIG 2023

43

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

PLANO DE INTEGRAÇÃO

MÉTODO

- Duração de 4 semanas;
- Colocado como elemento suprenumerário;
- O enfermeiro em integração é acompanhado durante o período de integração sempre pelo mesmo enfermeiro;
- Não são possíveis trocas durante o tempo de integração.

CHSA e DUBH de BELLALPUIG 2023

44

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

PLANO DE INTEGRAÇÃO

1 DIA

- Entrevista com o enfermeiro Unidade ou seu substituto;
- Apresentação ao supervisor da área;
- Apresentação à enfermeira-chefe do serviço;
- Entrevista com o enfermeiro-chefe do serviço, com indicação de:
 - Missão do serviço;
 - Organização dos cuidados de enfermagem;
 - Apresentação da metodologia de trabalho do serviço;
 - Regime laboral;
 - Recursos humanos e materiais do serviço;
 - Formação contínua em serviço;
 - Avaliação do desempenho;
 - Apresentação do processo de integração no serviço;

CHSA e DUBH de BELLALPUIG 2023

45

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

PLANO DE INTEGRAÇÃO

1ª DIA

- Apresentação do enfermeiro responsável pela integração ao novo elemento;
- Apresentação à direção do serviço de urgência, aos chefes de equipa de enfermagem, apresentação à equipa de urgência;
- Apresentação do guia de integração de novos elementos, para consulta;
- Apresentação do manual hospitalar, para consulta;

CHSA e DUBH de BELLALPUIG 2023

46

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

PLANO DE INTEGRAÇÃO

1ª e 2ª SEMANA

Atividade	Atividade
Atividade	Organiza o trabalho na zona de pré-atendimento, sala de triagem, quarto de isolamento e sala de pequena cirurgia;
Atividade	Observa e colabora na prestação de cuidados globais aos usuários no seu posto de trabalho;
Atividade	Funciona como programa informático ALERT;
Atividade	Conhece os recursos humanos e técnicos, disponíveis e solicita-os quando os justifica;
Atividade	Gera os exames complementares de diagnóstico;
Atividade	Determina as prioridades de atendimento de usuários face aos seus sinais e sintomas;
Atividade	Responde às necessidades específicas colocadas pelos procedimentos a nível nacional de pequena cirurgia;
Atividade	Responde às necessidades específicas colocadas pelo atendimento de emergência.

47

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

PLANO DE INTEGRAÇÃO

2ª SEMANA

Atividade	Atividade
Atividade	Organiza o trabalho na unidade de cuidados;
Atividade	Observa e colabora na prestação de cuidados globais aos usuários e substitui;
Atividade	Funciona como programa informático ALERT;
Atividade	Conhece os recursos humanos e técnicos, disponíveis;
Atividade	Gera os exames complementares de diagnóstico solicitados;
Atividade	Determina prioridades de atendimento de usuários face aos seus sinais e sintomas.

CHSA e DUBH de BELLALPUIG 2023

48

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

PLANO DE INTEGRAÇÃO

4ª SEMANA

Atividades	Atividades
Integração com o novo elemento	- Organiza o trabalho na unidade de saúde de acordo com a prioridade de atendimento;
Atividade	- Observa e colabora na prestação de cuidados globais ao usuário/usuária;
Responsável pelo	- Funciona com o programa Informático CPCS/PC;
Integração com o novo elemento	- Confecciona os procedimentos burocráticos associados à prática profissional;
Atividade	- Confecciona os procedimentos burocráticos;
Responsável pelo	- Gera os exames complementares de diagnóstico;
Integração com o novo elemento	- Confecciona os procedimentos para transfusões, exames laboratoriais;
Atividade	- Gera o relatório dos exames;
Responsável pelo	- Faz a correta aplicação dos medicamentos;
Integração com o novo elemento	- Age de acordo com as normas institucionais;
Atividade	- Fornece informações familiares;

JONES E DAVIES DA SILVA, JULIANO 2023

49

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

PLANO DE INTEGRAÇÃO

AVALIAÇÃO

Análise do processo, através de:

- Autoavaliação do elemento integrado;
- Observação do enfermeiro responsável pela integração;
- Feedback do enfermeiro-chefe.

JONES E DAVIES DA SILVA, JULIANO 2023

50

GUIA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS



JONES E DAVIES DA SILVA, JULIANO 2023

51

Apêndice XVIII
Avaliação da sessão pública

**AVALIAÇÃO DA SESSÃO PÚBLICA DE
APRESENTAÇÃO DO GUIA DE INTEGRAÇÃO DE
NOVOS ENFERMEIROS NO SERVIÇO DE
URGÊNCIA GERAL DO CHBA**

Este questionário é o instrumento de avaliação da sessão de pública de apresentação do guia de integração de novos enfermeiros no serviço de urgência geral do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

1	2	3	4	5
Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom

Utilizando a escala acima indicada é pedido a todos os participantes que respondam às seguintes questões:

	1	2	3	4	5
Acha a metodologia da formação adequada?					
Como considera a qualidade dos suportes pedagógicos utilizados?					
Considera o tempo de duração da sessão adequado?					
O formador foi claro na apresentação dos objetivos a alcançar?					
O formador justificou a necessidade de desenvolvimento de um modelo de integração de novos elementos serviço de urgência geral do CHBA?					
O formador demonstrou forma de construção da proposta do processo de integração de novos elementos?					
O formador apresentou de forma clara a proposta de integração de novos enfermeiros no serviço de urgência geral do CHBA?					
O formador teve a capacidade de comunicar e transmitir a informação					
O formador teve a capacidade de motivar o grupo participante					

OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO

Apêndice XIX

Planeamento do Projeto de Aprendizagem de Competências

Projecto de Aquisição de Competências

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal é pedido a realização de um Projecto de Aquisição de Competências/Clínicas. Este projecto tem como referencial orientador a aquisição ou o aprofundamento das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

Tendo por base o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2011), é desenvolvido um projecto que permita a aquisição das diferentes unidades de competência descrito naquele documento.

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica é caracterizada pela sua alta qualificação e diferenciação de conhecimentos, tecnologia e capacidades técnicas, capaz de responder de forma eficiente à pessoa cuja vida está ameaçada pela falência ou pela eminente falência de pelo menos uma das funções vitais, dependendo a sua vida dos meios que permitam a vigiar, monitorizar e implementar a terapêutica adequada. No mesmo regulamento é possível depreender que a prestação de cuidados especializados insere-se numa metodologia científica de trabalho, com uma recolha de dados contínua e sistemática, baseada na observação, com a finalidade de acompanhar a evolução da pessoa a cuidar. Uma contínua e cuidadosa observação permitirá de forma precoce detectar complicações ou evoluções desfavoráveis e implementar em tempo útil medidas correctivas. Diz o mesmo documento que o enfermeiro especialista, na área de actuação do doente crítico, necessita também de desenvolver competências em outras duas áreas: a da resposta à situações de catástrofe ou em emergência multi-vítima, desde a sua concepção, ao planeamento e na acção; deverá ainda pautar a actuação no cumprimento das linhas orientadoras da prevenção e controlo da infecção.

O conhecimento em enfermagem, diz Queirós (s.d.) citando Reboul, é orientado para a acção, não visa de um ponto de vista redutor, apenas a execução mecânica de actos ou procedimentos, mas pelo contrário procura a adaptação da prática ao contexto onde esta se insere, reagindo de forma adequada aos acontecimentos imprevistos, tornando impossível uma prática rotineira. A

aprendizagem desde saber não rotineiro, deve assentar no conhecimento e na evidência científica, sendo esta definida pela Ordem dos Enfermeiros como “sendo a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis” (Ordem dos Enfermeiros, 2006, p.1).

A experiência profissional desde mestrando tem passado, por opção própria, pelo exercício de funções num Serviço Básico de Urgência (SUB), que segundo diz a Entidade Reguladora da Saúde (2009), deverá ter os recursos humanos, técnicos e em equipamento, para uma primeira resposta a situações de urgência médica, ou seja, aquelas situações de instalação súbita onde se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais. Os recursos presentes na SUB permitirão proceder a uma primeira estabilização da situação clínica e proceder à sua transferência, de forma controlada e programada, para um serviço de urgência de nível superior.

Durante os anos de experiência profissional foram adquiridas experiências em múltiplos aspectos da prática de enfermagem, no entanto, existem aspectos onde estes conhecimentos têm que ser mais desenvolvidos e aprofundados. Um desafio que proponho para ser desenvolvido em estágio, prende-se com a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com patologia do foro médico. Há a necessidade de crescer na capacidade de intervir na implementação de protocolos terapêuticos complexos, na compreensão dos focos de instabilidade e na resposta atempada e correcta e ainda, na execução de cuidados técnicos de elevada complexidade à pessoa em situação crítica, como forma de evidenciar o trabalho desenvolvido, proponho a apresentação de um dossier temático com a abordagem das complicações agudas da pessoa com diabetes, como são os casos da hipoglicémia, cetoacidose diabética entre outras. Esta temática justifica-se pela importância que a diabetes tem no contexto da prestação de cuidados de saúde. Assim e segundo dados publicados por Correia et. al (2010) na revista da Sociedade Portuguesa de Diabetologia indicam uma prevalência desta patologia na população portuguesa, entre os 20 e 79 anos, de 11,7% o que corresponde a cerca de 905 mil indivíduos. Por sua vez, o mesmo estudo aponta para existência entre 500 e 700 novos casos por ano por cada 100.000 pessoas. Diz-nos ainda o estudo realizado por Correia et. al (2010), que

dos doentes internados em 2008 com o diagnóstico de diabetes, como causa principal ou como doença associada, foram superiores a 100.000, destes 12% apresentavam cetoacidose; 3% por hiperosmolaridade e 2% em coma diabético.

Para além da área antes referida, existe uma outra área que pretendendo ganhos de competências. A área da prestação de cuidados à vítima com diferentes tipos de trauma, com especial incidência no traumatizado craneo-encefálico, torácico, abdominal e vertebro-medular.

Referências :

Correia, L.G. (2010). Diabetes: Factos e Números 2009 - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. *Revista Portuguesa de Diabetes*. Acedido em 11 de Janeiro, 2012, em http://www.spd.pt/images/rpd_dez10.pdf

Entidade Reguladora da Saúde (2009). Estudo sobre os conceitos de “serviço de urgência” e “serviço de atendimento permanente” em estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde não públicos. Consultado em 11 de Dezembro de 2011 através de: <http://www.ers.pt/actividades/estudos/Estudo%20sobre%20urgencias-SAP%20privadas.pdf>

Ordem dos enfermeiros. (2006) Investigação em enfermagem. Tomada de posição. Consultado a 10 de Dezembro 2011 através de http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Queirós, A. (s.d.). As competências dos profissionais de enfermagem: como as afirmar e as desenvolver. Consultado em 10 de Dezembro de 2011 através http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2770:as-competencias-dos-profissionais-de-enfermagem-como-as-afirmar-e-as-desenvolver&catid=147

Regulamento nº 124/2011 (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Ministério da Saúde Diário da República – 2ª Série – nº35 – 18 de Fevereiro de 2011

Estudante: Jorge Miguel Santos Gomes da Silva	Orientador: Paula Costa
Instituição: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio	Serviço: Urgência Geral de Portimão
<p>COMPETÊNCIA ESPECÍFICA: Aquisição de competências no âmbito da prestação de cuidados ao doente crítico.</p> <p>OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestação de cuidados a doentes críticos com patologia médica; • Prestação de cuidados a doentes críticos vítimas de trauma. 	
Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção	
<p>Enf.^a Paula Costa (Enf.^a responsável pelo serviço de urgência geral do CHBA)</p> <p style="text-align: right;"> Data: ____/____/____ Assinatura: _____ </p>	

Objectivos Específicos	Actividades/Estratégias a desenvolver	RECURSOS		Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	
<ul style="list-style-type: none"> • Prestar de cuidados a doentes críticos com patologia médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica sobre a identificação de sinais de instabilidade no doente potencialmente crítico; • Pesquisa bibliográfica sobre a resposta ao doente com disfunção multi-orgânica; • Prestação de cuidados a doente em situação crítica, na sala de reanimação do serviço de urgência geral do CHBA. 	Recursos humanos do serviço de urgência geral do CHBA	Recursos materiais da unidade do serviço de urgência geral do CHBA	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza estágio na sala de reanimação do serviço de urgência geral do CHBA; • Apresenta o relatório do estágio, no serviço de urgência geral do CHBA; • Apresenta um dossier temático que aborde as complicações agudas da diabetes.
<ul style="list-style-type: none"> • Prestar de cuidados a doentes críticos vítimas de trauma 	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica sobre o cuidar a pessoa vítima de trauma craneo-cefálico; • Pesquisa bibliográfica sobre o cuidar a pessoa vítima de trauma torácico; • Pesquisa bibliográfica sobre o cuidar a pessoa vítima de trauma abdominal; 	Recursos humanos do serviço de urgência geral do CHBA	Recursos materiais da unidade do serviço de urgência geral do CHBA	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza de estágio na sala de reanimação do serviço de urgência geral do CHBA; • Apresenta um estudo de caso sobre o atendimento de

	<ul style="list-style-type: none"> •Pesquisa bibliográfica sobre o cuidar a pessoa vítima de vertebro-medular; •Prestação de cuidados a doente em situação crítica, na sala de reanimação do serviço de urgência geral do CHBA. 			um doente vítima de trauma.
--	---	--	--	-----------------------------------

Apêndice XX

Dossiê temático “Complicações Agudas da Diabetes”

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SETÚBAL
I Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica
Estágio III

**ELABORAÇÃO DE UM DOSSIÊ TEMÁTICO
SOBRE AS COMPLICAÇÕES AGUDAS DA
DIABETES MELLITUS PARA SERVIÇO DE
URGÊNCIA GERAL DO CENTRO HOSPITALAR
DO BARLAVENTO ALGARVIO**

(PROJECTO APRENDIZAGEM CLÍNICA)

**Professora: Alice Ruivo
Orientadora: Enf.ª Paula Costa
Aluno: Jorge Gomes da Silva**

JUNHO 2012

SIGLAS

DM Diabetes Mellitus

DGS Direção Gera de Saúde

PTGO Prova de Tolerância à Glicose Oral

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. DOSSIÊ TEMÁTICO	5
2. A DIABETES MELLITUS	6
2.1. A Diabetes Mellitus em números	8
2.2. A descompensação aguda da Diabetes Mellitus	10
3. A ORGANIZAÇÃO DO DOSSIÊ TEMÁTICO	13
4. OS DOCUMENTOS SELECIONADOS	15
5. CONCLUSÃO	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

ANEXOS

ANEXO I

Artigo I - Cetoacidose Diabética em Adultos – Atualização de uma Complicação Antiga

ANEXO II

Artigo II - Intensified insulin therapy during fasting of Ramadan in type 1 diabetic patients

ANEXO III

Artigo III - Causas principales para desarrollo de crisis hiperglucémicas en pacientes con diabetes mellitus en la Secretaría de Salud del Distrito Federal

INTRODUÇÃO

Inserido da fase de execução do Projeto de Aprendizagem Clínica, incluído do estágio III, na unidade curricular de Enfermagem Médico-cirúrgica II, do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, foi proposto a construção de um dossiê temático sobre as complicações agudas da Diabetes Mellitus.

Este documento procura relatar de forma sucinta os passos que foram desencadeados para construção do dossiê temático sobre as complicações agudas da Diabetes Mellitus. Conjuntamente são propostos como objetivos específicos:

- Dar a conhecer o que é um dossiê temático;
- Conhecer qual a importância da Diabetes Mellitus e das suas complicações;
- Informar como foi efetuada a seleção dos documentos que integram ao dossiê temático.

Com a finalidade de cumprir o objetivo geral e os específicos, este documento está dividido em quatro partes distintas. A primeira revela a pesquisa efetuada para conhecer o que é um dossiê temático. A segunda parte reflete sobre a Diabetes Mellitus e a sua importância. Na terceira parte é apresentada a forma pela qual foram selecionados os documentos que serão parte integrante do dossiê. Finalmente na quarta parte são apresentados os documentos integrantes do dossiê temático. Os documentos que serão parte integrante do dossiê temático são apresentados em anexo.

1. DOSSIÊ TEMÁTICO

O dossiê temático é um conjunto de documentos relativos a um determinado tema, que são pesquisados, reunidos, tratados e arquivados para possibilitar a melhor compreensão do mesmo. São incluídos documentos com várias origens, organizados de forma a facilitar a consulta, constituído um acervo sobre o tema em questão. É um documento dinâmico, pois permite uma contínua atualização, acompanhando a evolução do conhecimento sobre o tema em causa (Escola Secundária José Belchior Viegas, s.d.).

2. A DIABETES MELLITUS

A Diabetes Mellitus (DM) caracteriza-se por uma hiperglicemia crónica. Esta resulta de uma deficiente produção de insulina, que pode ser relativa ou absoluta, ao qual se encontra associado diferentes níveis de resistência à insulina, condicionando o metabolismo da célula e a utilização dos glúcidos, mas também dos lípidos e das proteínas. A contínua elevação dos níveis de açúcar no sangue é responsável pelo desenvolvimento de lesões em determinados órgãos. (Lisboa & Duarte, 2002).

Classificação da diabetes

A diabetes é classificada pela *Direção Geral de Saúde (DGS), na sua norma n.º 2 de 2011, em quatro tipos clínicos, diferentes segundo a sua etiologia:*

- a) Diabetes Mellitus tipo 1;
- b) Diabetes Mellitus tipo 2;
- c) Diabetes gestacional;
- d) Outros tipos específicos de diabetes.

A Diabetes Mellitus tipo 1 representa entre 5 e 10% da totalidade dos casos de diabetes e resulta da destruição das células β dos ilhéus de Langerhans do pâncreas, resultando uma insulinopenia absoluta. As pessoas nesta condição passam a depender de insulina para sobreviverem. A destruição das células β dos ilhéus de Langerhans é na maioria dos casos de origem auto-imune, sendo esta forma catalogada de Diabetes Mellitus tipo 1 auto-imune, a não existência de processo imunológico caracteriza a Diabetes Mellitus tipo 1 idiopática (DGS, 2011). Este tipo de diabetes ocorre em especial em crianças ou adultos jovens, no entanto não é de descartar o seu aparecimento noutros grupos etários (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2012).

A Diabetes Mellitus tipo 2 é consequência de uma diminuição da produção da insulina pelo pâncreas, acompanhado por insulinoresistência. É a forma mais frequente de diabetes, cerca de 90% dos casos. Bastantes vezes com uma evolução silenciosa é geralmente detetada em exames de rotina ou através algum episódio de hospitalização, por outra causa e especial após os 40 anos de idade (DGS, 2011). Com uma forte componente hereditária, aparece muitas vezes associada à obesidade (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2012).

A terceira forma de classificação da diabetes corresponde à diabetes gestacional. Esta forma corresponde a qualquer anomalia do metabolismo da glicose que seja documentado pela primeira vez durante a gravidez (DGS, 2011). As mulheres que tiveram este tipo de diabetes apresentam uma maior probabilidade de serem diagnosticadas com Diabetes Mellitus tipo 2, está também associada a um maior risco de obesidade (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2012).

Finalmente como quarto e último tipo específico de diabetes, surgem os casos que são consequência de processos etiologicamente conhecidos, são os casos:

- Defeitos genéticos das células β ;
- Defeitos genéticos na ação da insulina;
- Doenças do pâncreas;
- Endocrinopatias diversas;
- Diabetes induzidas por químicos ou fármacos (DGS, 2011).

A hiperglicemia intermédia

A hiperglicemia intermédia é a presença de valores de glicemia superiores ao normal, não são no entanto suficientes para serem classificados como diabetes (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2012).

Sintomas da Diabetes Mellitus

Os sintomas da diabetes são:

- Sede e secura da boca;
- Micção frequente;
- Cansaço e astenia;
- Polifagia;
- Perda de peso rápida;
- Dificuldade no processo de cicatrização de feridas;
- Infecções recorrentes;
- Visão turva (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2012).

O diagnóstico de Diabetes Mellitus

O diagnóstico da Diabetes Mellitus é feito segundo a Norma N.º 2/2011, de 14 de Janeiro, da DGS, através de valores no plasma venoso, em que:

- A glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl;
- Os sintomas clássicos da Diabetes Mellitus, associado a glicémia ocasional ≥ 200 mg/dl;
- A existência de uma glicemia ≥ 200 mg/dl, às 2 horas, na Prova de Tolerância à Glicose Oral (PTGO) com 75g de glicose;
- A existência de hemoglobina glicada A1c (HbA1c) $\geq 6,5\%$.

A mesma norma refere que o diagnóstico de uma pessoa assintomática não deve ser baseado em apenas um valor alterado de glicemia ou de hemoglobina glicada A1c (HbA1c), estes valores alterados deverão ser confirmados com novas provas entre 1 e 2 semanas.

Para o diagnóstico da diabetes gestacional são utilizados os valores de obtidos no plasma venoso:

- Glicemia em jejum de ≥ 92 mg/dl e < 126 mg/dl, na 1.^a consulta de gravidez;
- Se a glicemia em jejum < 92 mg/dl, fazer PTOG com 75 mg de glicose, às 24-28 semanas de gestação, se nesta prova apresentar:
 - às 0 horas, glicemia ≥ 92 mg/dl;
 - à 1 hora, glicemia ≥ 180 mg;
 - às 2 horas, glicemia ≥ 153 mg/dl.

Se grávida apresentar pelo menos um dos valores apresentados é critério de diagnóstico para diabetes gestacional.

A hiperglicemia intermedia, entretanto já definida, é comprovada se:

- Anomalia da Glicemia em Jejum, com valores de glicemia em jejum ≥ 110 mg/dl, e < 126 mg/dl;
- Tolerância Diminuída à Glicose, glicémia às 2 horas após PTGO com 75 g de glicose de ≥ 140 mg/dl e < 200 mg/dl.

2.1. A Diabetes Mellitus em números

Em termos mundiais a prevalência da Diabetes Mellitus tem vindo a aumentar de forma progressiva, assim só nos Estados Unidos da América existiriam,

segundo a Centers for Disease Control and Prevention, em 2011, 25,8 milhões de pessoas diabéticas as quais corresponderiam 8,3% da população do país; destes, 18,8 milhões estão diagnosticados, enquanto os restantes 7 milhões estão sem diagnóstico. Segundo o mesmo relatório, se apenas for tida em consideração a população com 65 ou mais anos, os números são de 10,9 milhões correspondendo a 26,9% da população com a mesma idade. É a sétima causa de morte.

Para a população portuguesa e segundo o Observatório Nacional da Diabetes (2012), no ano de 2010 a prevalência foi de 12,4%, para as pessoas com idades compreendidas entre os 20 e 79 anos, destes 7,0% estão diagnosticados e 5,4% estão por diagnosticar, correspondendo a um total de cerca de 991.000 pessoas. Se analisamos a população entre os 60 e os 79 anos é possível verificar que cerca de um quarto desta população tem diabetes.

A análise da incidência da diabetes na população portuguesa e a sua evolução nos últimos 10 anos revela uma tendência crescente, enquanto no ano 2000 houve 377,4 novos casos por cada 100.000 pessoas, em 2010 esse número sobe para 623,5 novos casos por cada 100.000 habitantes.

A mortalidade associada à Diabetes Mellitus, segundo o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes de 2011, tem aumentado. Em 2010 foram de 4,5% da totalidade de óbitos daquele ano, que foram de 100.837.

O número de pessoas internadas com diabetes como diagnóstico principal tem-se mantido estável nos últimos 10 anos, por sua vez, o número de pessoas internadas com diabetes como diagnóstico associado, aumentou 115,2% entre 2000 e 2010.

Tendo em consideração a Diabetes Mellitus como diagnóstico principal, houve um especial aumento no internamento de pessoas com manifestações oftalmológicas, que passou de 11% em 2000 para 32% em 2010. As descompensações agudas da diabetes como a cetoacidose, a diabetes com hiperosmolaridade ou o coma diabético, tiveram reduções nomeadamente de 16% para 11%, de 4% para 3% e de 3% para 1% respetivamente, entre os anos de 2000 e 2010 (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2012).

Durante a primeira década desde milénio houve uma diminuição da duração média dos internamentos por descompensação/complicação da diabetes, com

uma redução de cerca de 20 000 dias de internamento, no entanto é ainda o dobro da média dos dias de internamento no Serviço Nacional de Saúde.

O custo com a diabetes é elevado, assim em 2010, teve um custo direto estimado entre 1150 e 1350 milhões de euros, representando um acréscimo de 100 milhões de euros quando comparado com 2009. Representa entre 0,7% e 0,8% do produto interno bruto nacional e 7% a 8% da despesa em saúde de 2010 (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2012).

2.2. A descompensação aguda da Diabetes Mellitus

As complicações agudas da Diabetes Mellitus são motivo frequentes de atendimento nos serviços de urgência, sendo que estas complicações estão frequentemente associadas a falhas terapêuticas ou a intercorrências médicas. As complicações agudas da diabetes são a hipoglicemia a cetoacidose diabética e a síndrome hiperglicémico hiperosmolar (Gallego & Caldeira, 2007).

Cetoacidose diabética

A cetoacidose diabética é uma complicação aguda da diabetes. Resulta da deficiência profunda de insulina que pode ser absoluta ou relativa e da libertação de hormonas como glucagon, cortisol e catecolaminas. Devido à incapacidade de metabolizar hidratos de carbono, as células iniciam um processo catabólico de utilização de lípidos e proteínas como fonte de energia tendo como consequência a produção de corpos cetónicos e de acidose.

As manifestações clínicas passam pela anorexia, náuseas, vômitos cefaleia, mal-estar parestesia e dor abdominal. Há presença de sinais de desidratação com mucosas secas, turgor cutâneo diminuído e língua seca e pregueada. A pessoa pode apresentar alterações respiratórias com taquipneia e evoluir para respiração de Kussamaul. A taquicardia também pode estar presente tal como o hálito cetónico (Barone, Rodacki, Cenci, Peixoto, Zajdenverg, Milech, & Oliveira, 2007).

A avaliação deverá encontrar, hiperglicemia (>250 mg/dl); acidose metabólica (bicarbonato plasmático < 15 mmol/l ou $\text{pH} < 7,3$); cetose (corpos cetónicos na urina $\geq ++$ ou no sangue > 3 mmol/l), com a presença de sinais de desidratação. O tratamento passa em geral pela hidratação, pela administração

de insulina e pelo controlo do equilíbrio hidro eletrolítico (Faro & Parreira, 2002).

Síndrome hiperglicémico hiperosmolar

A síndrome hiperglicémica hiperosmolar é precipitada essencialmente por fenómenos infecciosos, entre 32% e 60%, não sendo no entanto de descartar situações de Enfarte Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral ou a isquemia da mesentérica. Entre outros fatores precipitantes podemos considerar a medicação, como diuréticos ou corticoides, a interrupção da medicação e os excessos alimentares.

A síndrome hiperglicémica hiperosmolar, tal como a cetoacidose diabética, resulta do desequilíbrio entre a insulina disponível e a das hormonas contrarreguladoras, glucagon, catecolaminas, entre outras. Os sinais e sintomas são semelhantes ao da cetoacidose diabética de desidratação grave, insuficiência pré-renal e alteração do estado de consciência. A avaliação laboratorial deverá encontrar hiperglicemias elevadas ($> 900 \text{ mg/dl}$); Bicarbonato plasmático ($<18 \text{ mmol/l}$); ($\text{ph}>7,3$); não existe grande nível se cetose, os corpos cetónicos na urina ($\leq ++$). O tratamento passa em geral pela hidratação, pela administração de insulina, controlo do iónico (Faro & Parreira, 2002).

Hipoglicemia

A hipoglicemia é definida pela tríade de Whipple, sinais e sintomas de hipoglicemia, concentração de glicose plástica $\leq 50 \text{ mg/dl}$ e desaparecimento de sinais e sintomas com o aumento da glicose plasmática. A hipoglicemia pode ser fisiológica (jejum prolongado, gravidez ou após o exercício); iatrogénicas (devido a medicação, caso da insulina) e espontâneas patológicas (de jejum, reativas, exógenas, suicídio, crime ou acidentes e iatrogénicas) (André & Gonçalves, 2002).

A sintomatologia da hipoglicemia tem duas origens distintas, os neuroglicopénicos, resultam da privação de glicose no sistema nervoso central, manifestam-se por: sensação de calor, fraqueza, confusão mental, visão distorcida, diplopia perda de consciência convulsões e coma. A sintomatologia autonómica resulta da ativação do sistema nervoso autónomo em resultado da

hipoglicemia e traduzem-se em sudorese, fome, parestesias, tremor, palpitações, ansiedade e nervosismo (Vale, 2010).

O tratamento da hipoglicemia passa pela correção dos níveis de glicose. Numa pessoa consciente pode passar por ingerir sacarose disponível em saquetas de açúcar e posteriormente a ingestão de hidratos de carbono de absorção lenta. Uma pessoa com alteração do estado de consciência mas com capacidade de deglutição deverá ter ajuda de outros para a correção dos níveis de glicose através de papa de sacarose. Em situação de incapacidade de ingestão oral, a terapêutica passará por glucose hipertónica endovenosa ou por glucagon intramuscular ou subcutâneo. É necessário perceber se a hipoglicemia está associada a medicação de antidiabéticos orais, nomeadamente as sulfonilureias, pela sua capacidade hipoglicemiante.

3. ORGANIZAÇÃO DO DOSSIÊ TEMÁTICO

Evidenciada a importância da doença, do ponto de vista da incidência, da prevalência, do seu peso na atividade hospitalar, na mortalidade e nos seus custos económicos; evidencia-se também a importância que há em ter presente uma série de informações atualizadas, no que diz respeito à atenção da pessoa com a descompensação aguda da diabetes. Como tal é proposto a construção e manutenção de um dossiê sobre as complicações agudas da diabetes. Este pretende ser um documento dinâmico, baseado na mais recente evidência científica nesta área específica. Como tal deverão ser seguidas algumas regras para a validação dos documentos propostos para integrarem o dossiê temático. Temos então, que:

- O artigo deve responder a uma pergunta sobre o qual reflete o dossier, “as complicações agudas da diabetes”;
- A amostra estudada deve estar de acordo com a população do serviço;
- As intervenções sugeridas deverão ser comparadas com as práticas atuais;
- Os resultados são válidos, importantes ou aplicáveis aos utentes do serviço em questão;
- Nos artigos deverão ser identificados os autores, o tipo de publicação, o país, a data de publicação, as referencias feitas;
- Escolher os estudos com maior nível de evidência, nomeadamente:
 - Revisões sistemáticas da literatura, com homogeneidade interna dos ensaios aleatórios e controlados (1a);
 - Ensaios aleatórios controlados com intervalos de confiança curtos (1b);
 - Ensaios clínicos não aleatórios, onde todos os doentes faleciam antes do tratamento estar disponível e passaram a sobreviver alguns; ou quando alguns doentes faleciam antes do tratamento estar disponível, mas após o tratamento nenhum morre (1c) (Ferrito, 2012).

O dossiê tal como foi dito, é dinâmico e este é apenas o início daquilo que se pretende como um recurso, uma fonte de informação pertinente, fiável e atual sobre um vasto campo de conhecimento como é a diabetes e de uma forma mais específica à sua descompensação aguda.

4. OS DOCUMENTOS SELECIONADOS

Foram selecionados dentro dos diversos documentos consultados 3 artigos, nesta parte do trabalho são apresentados cada um deles e efetuada uma breve descrição e demonstrada a relevância que cada um deles apresenta para a prática clínica.

Cetoacidose Diabética em Adultos – Atualização de uma Complicação Antiga

O primeiro dos documentos selecionado intitula-se “*Cetoacidose Diabética em Adultos – Atualização de uma Complicação Antiga*” (ANEXO I) publicado em 2007 no Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia e cujos autores são: Barone, B.; Rodacki, M.; Cenci, M.; Zajdenverg, L.; Milech, A. e Oliveira, J. Este artigo aborda a cetoacidose diabética enquanto complicação aguda da Diabetes Mellitus, que se caracteriza pela presença de hiperglicemia, acidose metabólica, desidratação e presença de cetose. Há uma sistematização dos mecanismos fisiopatológicos, dos critérios de diagnóstico e as opções terapêuticas disponíveis para o tratamento dos adultos, refletindo sobre a possibilidade de complicações deste distúrbio. Apresenta numa primeira fase os fatores desencadeantes da Cetoacidose Diabética, indicando a omissão das tomas da insulina e os processos infecciosos como os mais importantes. Faz posteriormente uma descrição dos processos fisiopatológicos, do quadro clínico e da necessidade da investigação complementar para o completo esclarecimento da situação. O capítulo posterior apresenta as linhas orientadoras do tratamento nomeadamente a hidratação, a insulino terapia, a correção de potenciais distúrbios hidro-eletrolíticos. A parte final deste artigo apresenta as possíveis complicações e algumas metodologias preventivas, reflete ainda sobre alguns aspetos particulares, nomeadamente a utilização da bomba de insulina e algumas perspetivas futuras do tratamento desta descompensação da Diabetes Mellitus. Este artigo aborda de uma forma alargada a Cetoacidose Diabética. Orientado para uma visão médica do distúrbio metabólico e do seu tratamento. A compreensão dos processos patológicos é fundamental para o enfermeiro implementar e a gerir os protocolos terapêuticos complexos tal como é indicado

nas competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica (Ordem dos enfermeiros, 2011).

Intensified insulin therapy during fasting of Ramadan in type 1 diabetic patients

O segundo artigo selecionado para este dossier é uma publicação de 2011 do International Journal of Diabetes in Developing Countries, cujos autores foram Rahim, A.; Lachine, N.; Zeitoun, M.; Wessam, E. O artigo “*Intensified insulin therapy during fasting of Ramadan in type 1 diabetic patients*” (ANEXO II) teve por base um estudo efetuado no Egito, que procurou avaliar a segurança na administração de insulina glargina e da insulina aspártica durante o período do ramadão.

O ramadão é nono mês do calendário islâmico, onde os muçulmanos devem manter jejum entre o período antes da alvorada até ao pôr-do-sol durante 29 dias (Comunidade Islâmica de Lisboa, s.d.).

O estudo foi efetuado com 33 diabéticos tipo 1, aos quais uma semana antes do início do ramadão foram realizados testes laboratoriais e ajustados as doses de insulina glargina e da aspártica, aqueles que tinham outros esquemas terapêuticos não baseados naqueles tipos de insulina passaram a tê-los.

Os participantes no estudo foram instruídos para a administração de insulina glargina numa única dose diária entre as 8 e as 12 hora e de 3 administrações de insulina aspart antes das 3 refeições diárias (25% antes do pequeno-almoço o *Suhur*, 50% antes do almoço e os restantes 25% antes do jantar o *Iftar*).

Foi solicitado a todos os participantes no estudo que relatassem todos os eventos de hipoglicémia, hiperglicemia ou hiperglicemia com cetose. No final do jejum do ramadão, não foram relatadas quaisquer situações de hipoglicemia severa ou hiperglicemia ou cetose diabética. Houve 70 situações de hipoglicémia ligeira e houve uma situação onde foi necessário interromper o jejum.

No final do período em estudo foram efetuadas novos testes laboratoriais. As alterações laboratoriais encontradas após os dias de jejum do ramadão não

foram significativas, nomeadamente no que quer dizer ao peso, aos níveis de hemoglobina glicosilada, *frutosamina*, *do índice de massa corporal ou do perfil lipídico*.

Este estudo permite compreender que é possível a adaptação do tratamento do diabético às diferentes realidades culturais dos utentes das nossas instituições. Não sendo uma intervenção direta da enfermagem perante uma pessoa com uma complicação aguda da diabetes é sim um fator de prevenção da mesma, tendo como horizonte uma comunidade específica, a dos muçulmanos que em Portugal conta com cerca de 40.000 pessoas que residem em especial na região da grande Lisboa e Algarve (Comunidade Islâmica de Lisboa, s.d.). Com a possibilidade crescente de prestar cuidados a utentes que professam o islamismo, é necessário ao enfermeiro uma cada vez maior competência cultural baseada em princípios da evidência científica. Diz Stanhope e Lancaster (1999) que a competência cultural é um processo com múltiplos fatores, que se interrelacionam e que motivam o desenvolvimento de técnicas, conhecimentos e capacidades, capazes de cuidar de pessoas, famílias, grupos e comunidades. Os mesmos autores reconhecem que os enfermeiros deverão ser culturalmente competentes pois é a forma de garantir o não comprometimento da assistência e aumentar a hipótese de resultados positivos.

“Causas principales para desarrollo de crisis hiperglucémicas en pacientes con diabetes mellitus en la Secretaría de Salud del Distrito Federal”

O terceiro artigo escolhido para fazer parte deste dossiê temático é de origem mexicana, intitulado de “*Causas principales para desarrollo de crisis hiperglucémicas en pacientes con diabetes mellitus en la Secretaría de Salud del Distrito Federal*” (ANEXO III) foi elaborado por Torrecilla, Nuevo, Ayala e Guerra em 2008. Foi publicado na Revista de la Facultad de Medicina de Universidade Nacional Autónoma do México, na revista nº 51, de novembro - dezembro. Este artigo com base num estudo transversal descritivo efetuado em 3 hospitais mexicanos e teve como principal objetivo determinar quais os principais fatores desencadeantes de crises hiperglicémicas. Com base em 93 utentes admitidos

nos hospitais, onde foi efetuado o estudo, é possível perceber as causas mais frequentes para os estado hiperglicémicos foram as infeções, nomeadamente as do trato urinário, respiratórias e as dos tecidos moles, seguidas das causas associadas ao consumo de álcool.

Apesar desde estudo ter como pano de fundo a população de uma parte do México, este estudo é importante para compreender que dentro das causas infecciosas os focos são transversais a outros estudos apresentados em outros artigos que não mexicanos, mas em especial de origem europeia tal como é referido na conclusão do artigo apresentado.

5. CONCLUSÃO

Este documento foi construído com quatro partes distintas, uma primeira, onde de forma breve é indicado o que é um dossiê temático. Este documento é centrado nas complicações agudas da diabetes, é sobre alguns aspetos desta patologia de incide o segundo capítulo com o intuito de melhor a compreender. A terceira parte incide na forma de pesquisa e seleção da informação e dos documentos que são o centro do documento elaborado, procurando a melhor e mais atualizada evidência científica sobre o tema em estudo. Finalmente a última parte a apresenta e justifica os artigos selecionados sobre a temática sobre o qual se debruça o dossiê.

A elaboração deste dossiê temático resultou da necessidade de compreender melhor a diabetes e alguns dos seus aspetos específicos que são as complicações agudas. Com uma incidência significativa, em especial para os diabéticos insulino dependentes, requer um atendimento de enfermagem especializado, tal como é possível ler nas competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, onde o enfermeiro deverá ser capaz de identificar e responder de forma antecipatória a focos de instabilidade da pessoa, e onde a implementação e a gestão de protocolos terapêuticos complexos assume importância crucial no cuidar destes utentes.

Para além do desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, a elaboração deste trabalho permitiu também desenvolver competências relacionadas com a pesquisa de informação fidedigna com base na evidência e nas bases de dados disponíveis. Este que é um trabalho moroso, foi condicionado pela pouca informação atualizada com evidência científica que estava disponível nas diversas bases de dados consultadas. A dificuldade aumentou quando foi procurado documentos específicos para cuidados de enfermagem.

Apesar das dificuldades encontradas o documento foi construído cumprindo os objetivos propostos, sendo o principal é disponibilizar um documento onde os profissionais do Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, tenham disponível informação que deverá ser atualizada sobre as complicações agudas de diabetes e que possa servir de ponto de partida para a criação de outros dossiês sobre outros temas que se considerem pertinentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

André, O. & Gonçalves, J. (2002). Hipoglicémia. In: Duarte, R.; et al. Diabetologia clínica. (3ª edição). (pp 25-42). Lisboa: Lidel – edições técnicas.

Barone, B., Rodacki, M., Cenci, M., Zajdenverg, L., Milech, A. & Oliveira, J. (2007). Cetoacidose Diabética em Adultos – Atualização de uma Complicação Antiga. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia. Acedido em 10 de Junho, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/abem/v51n9/03.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention, (2011). National Diabetes Fact Sheet, 2011. Consultado em 7 de Junho de 2012 através de http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/pdf/ndfs_2011.pdf

Comunidade Islâmica de Lisboa (s.d.). Os pilares do Islão. Jejum ramadão. Consultado em 17 de Junho 2012, através de http://www.comunidadeislamica.pt/04b4.php?nivel_1=4&nivel_2=42&nivel_3=424

Escola Secundária José Belchior Viegas, (s.d.). Técnicas de trabalho. Organizar dossiers temáticos. Consultado em 21 de Maio 2012 através de http://www.rbe.min-edu.pt/news/newsletter3/como_organizar_dossiers_tematicos.pdf

Faro, T. & Parreira J. (2002). Terapêutica das descompensações agudas da diabetes. A cetoacidose diabética e a síndrome hiperosmolar hiperglicémica. In: Duarte, R.; et al. Diabetologia clínica. (3ª edição). (pp 25-42). Lisboa: Lidel – edições técnicas.

Ferrito, C. (2012). Material de suporte à aula sobre “Prática baseada na evidencia”

Gallego, R. Caldeira, J. (2007). Complicações agudas da diabetes mellitus. Revista portuguesa de clínica geral, 23 (5), 565-575

Lisboa, M. E. & Duarte, R. (2002). Classificação e diagnóstico da diabetes. In: Duarte, R.; et al. Diabetologia clínica. (3ª edição). (pp 25-42). Lisboa: Lidel – edições técnicas.

Ordem dos enfermeiros. (2010a). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Consultado em 17 de Junho 2012, através de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Rahim, A., Nagwa, L., Zeitoun, M., El-Gendi, W. (2011). Intensified insulin therapy during fasting of Ramadan in type 1 diabetic patients. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 31(4):216–222.

Sociedade Portuguesa de Diabetologia, (2012). Diabetes: Factos e Números 2011 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia

Stanhope, M., Lancaster, J. (1999). **Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos**. Loures: Lusociência.

Torrecilla, L., Nuevo, J., Ayala, G., Guerra, A. (2008). Causas principales para desarrollo de crisis hiperglucémicas en pacientes con diabetes mellitus en la Secretaría de Salud del Distrito Federal. *Revista da Faculdade de Medicina da UNAM*, 51(6,) 235-238.

Vale, B. (2010). Hipoglicemias. Causas, diagnóstico e abordagem terapêutica. Consultado em 10 de Junho 2012 através de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/52846/2/Hipoglicemias.pdf>

Apêndice XXI

Artigo “Alguns aspetos da integração de novos trabalhadores na organização”

Autores:

Silva, Jorge Gomes¹, Ruivo; Maria Alice Gois², Costa, Paula³,

Alguns aspetos da integração de novos trabalhadores na organização**Resumo**

Grande parte da vida das pessoas é passada em organizações, onde são desenvolvidas a maioria das atividades humanas, quer elas sejam de trabalho, lazer, religiosas, de cuidados de saúde, entre outras⁽¹⁾. A chegada de uma pessoa a uma organização traduz-se na necessidade de um ajustamento, com a construção de uma relação de compromisso, fruto de cedências mútuas⁽²⁾.

Efetuada através de uma revisão integrativa da bibliografia, este artigo, pretende refletir sobre a organização e o processo de enquadrar os trabalhadores recém-chegados de forma a adapta-los ao posto de trabalho e torná-los produtivos. Procuramos compreender o que é a organização e alguns aspetos da sua gestão, com enfoque nos recursos humanos. Compreender o processo de socialização, as suas fases, as estratégias, o tipo de acompanhamento e o tipo de avaliação. A reflexão procura apresentar e compreender diversas opções para processos de integração de novos profissionais;

¹ Mestrando no 1º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS; Enfermeiro do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio – Unidade Hospitalar de Lagos. E-mail: jomesilva@gmail.com

² Professora Doutora, Coordenadora do Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS

³ Licenciada em Enfermagem, Enfermeira Especialista do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio – Unidade Hospitalar de Portimão.

tendo a consciência que as melhores opções são aquelas que melhor se enquadram no perfil da instituição.

Palavras chave: Acolhimento, Integração, Socialização organizacional

Abstrat

A large part of people's lives, says Fontes⁽¹⁾, is spent in organisations, where the majority of human activities are developed, whether they be work, pleasure, religion or health care among others. The arrival of a person to an organisation translates into a necessity of adjusts with the construction of a relationship of commitment, which results in mutual give and take, says Mosquera⁽²⁾.

This article, which was effected through an integral bibliographic revision, intends to reflect about an organisation and its process to introduce human resources in such a way as to adapt to the work position and in turn making it more productive. We looked toward understanding what is an organisation and certain aspects of its management with focus on human resources. To understand the socialisation process, its phases, its strategies, the type of accompaniment and the type of possible evaluation of the process. The reflection looks to understand the best options which are put in practise for the integration of new professionals, knowing that of the various options available, each one is adapted in the best way in certain situations within accordance with the profile of the institution.

Key Words: Reception, Integration, Organizational socialization

Introdução

No âmbito do I Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Setúbal, foi solicitado a elaboração de um artigo para ser apresentado como anexo ao relatório de estágio. Este artigo deverá abordar um dos temas pertinentes desenvolvidos durante estágio. Os autores deste artigo desenvolveram durante o estágio um Projeto de

Intervenção no Serviço que aborda os processos de socialização de enfermeiros num Serviço de Urgência Geral. A socialização organizacional serve de ponto de partida para a elaboração deste artigo, relatando a pesquisa efetuada para contextualizar teoricamente os processos de socialização de enfermeiros em novos postos de trabalho.

O artigo que agora se apresenta teve a finalidade de compreender os processos de socialização de profissionais de enfermagem numa organização hospitalar, mais especificamente num serviço de urgência geral e conhecer a informação disponível, resultante de estudo sobre a evidência científica sobre esta temática. Como objetivos específicos podemos referir:

- Conhecer alguns aspetos de uma organização;
- O papel da gestão na organização;
- Conhecer as diferentes estratégias de socialização;
- Conhecer as diversas fases do processo de socialização;
- Determinar a duração do processo de socialização;
- Compreender a importância do acompanhamento durante o processo de socialização;
- Refletir sobre as metodologias de avaliação.

Para melhor compreensão este artigo encontra-se dividido em diferentes partes, sendo que a primeira reflete sobre a metodologia utilizada para a elaboração do artigo. Na segunda seção é abordado o que é uma organização e a sua gestão, seguidamente é definida a socialização, as suas fases e as estratégias possíveis de desenvolver. Por último é refletida a necessidade de avaliação e apontados alguns caminhos para a sua efetivação.

Metodologia

A revisão da literatura, diz Mancini e Sampaio⁽³⁾, caracterizam-se pela análise e síntese da informação disponibilizada por diferentes estudos sobre um tema, cuja intenção é resumir o conhecimento e chegar a conclusões sobre o assunto apreciado. **A revisão da literatura integrativa** permite a utilização de

estudos empíricos e de literatura teórica, assim como de estudos com abordagens metodológicas díspares (quantitativas e qualitativas). Esta variedade de amostras proporciona *"um quadro completo de conceitos complexos, de teorias ou problemas"* (4:760). Esta variedade *"tem o potencial de aumentar a profundidade e abrangência das conclusões da revisão"* (5:760).

Seguindo as ideias de Mendes, Silveira e Galvão⁽⁶⁾, o primeiro passo foi definir o assunto a ser estudado. Este resultou da necessidade de aprofundar conhecimentos sobre os processos de socialização de pessoas nas organizações. O passo seguinte foi o de procurar na literatura disponível documentos que abordassem o tema em apreço. As buscas foram efetuadas em base de dados eletrónicas, (SciELO, Google Académico, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal) e em catálogos de bibliotecas (Instituto Politécnico de Setúbal e Universidade do Algarve) com a utilização das palavras "socialização", "socialização organizacional", "integração", "acolhimento". A terceira etapa passou por escolher os documentos que abordassem a temática em discussão, seguidamente foi efetuada a avaliação dos diferentes documentos selecionados e efetuada a interpretação dos resultados de acordo com os objetivos propostos para a elaboração do artigo. A última etapa passa pela apresentação dos resultados alcançados nas fases anteriores e materializado no artigo que se apresenta.

A organização

As **organizações** têm dimensões e finalidades diferentes e podem assumir facetas distintas. Diz Chiavenato⁽⁷⁾ que as organizações podem ser entendidas como uma entidade social, orientada para objetivos específicos e com uma estrutura que procura concretizar esses objetivos. A organização enquanto conceito abstrato é uma unidade social, onde os objetivos organizacionais têm várias funções, sendo que uma delas é ser fonte de legitimidade que justifica as suas próprias atividades, para

alcançar os seus objetivos, sendo estruturada nesse sentido⁽⁸⁾.

A existência de organizações justifica-se três razões: **razões sociais**, pela necessidade que as pessoas têm para se relacionarem entre si; **razões materiais**, que visam o aumento da eficiência das tarefas e a redução do tempo necessário para alcançar os objetivos e finalmente o **efeito de sinergia**, pelo efeito multiplicador dos seus membros, onde a produção é maior que a soma dos trabalhos efetuados de forma isolada⁽⁹⁾.

As organizações surgem inseridas num determinado ambiente e com o qual se relacionam. A relação entre o meio e a organização passa pela entrada de recursos, que são primordialmente financeiros, materiais e os **recursos humanos**. Após a entrada destes recursos, estes sofrem operações de processamento visando a produção de bens que são lançados para o meio envolvente. É ainda de ter em conta a noção de **retroalimentação**, com a função de controlar o funcionamento do sistema, introduzindo alterações capazes de orientar a organização de forma cumprir os seus objetivos; e o conceito de **entropia** que é a tendência que o sistema tem para a desorganização e sua deterioração⁽¹⁰⁾.

Os sistemas construídos por pessoas são influenciados por crenças, normas e uma cultura própria, que lhes confere sentido e identidade própria, influenciando os comportamentos e atitudes. Esta instabilidade e vulnerabilidade, traduzem uma tendência para a entropia que necessita de ser regulada e controlada mediante a instituição regras e de autoridade, que visam assegurar a coordenação e a direção das ações humanas⁽¹¹⁾.

A gestão de organizações

A gestão pode ser encarada como o processo de alcançar os resultados com a utilização do esforço dos outros⁽¹²⁾. Assim, diz Teixeira⁽¹³⁾, a gestão tem a tarefa de interpretar os objetivos propostos para a organização e colocá-los em ação. Para alcançar este desígnio estão subjacentes quatro funções:

- **Planear**, determinar antecipadamente o que deve de ser feito e como deve ser feito;
- **Organizar**, estabelecer as relações entre os diferentes intervenientes e proporcionar os recursos para alcançar os objetivos propostos, definindo os papéis que cabem a cada um, os recursos disponíveis e a sua articulação;
- **Dirigir**, a forma de afetar o comportamento dos outros, colocando os recursos humanos em ação. Para tal são fundamentais três aspetos, a **motivação** (entendido como a convergência dos objetivos de cada um dos trabalhadores, com os objetivos da organização); a **liderança** (reconhecida como a capacidade do gestor tem em que os outros façam aquilo que ele quer); a **comunicação** (a capacidade de transferir os conceitos, as ideias, as instruções entre os diferentes intervenientes).
- **Controlar**, entre a produção previamente determinada (o standart) e aquela efetivamente produzida e apontando as eventuais correções necessárias.

À gestão de recursos humanos cabe “a seleção, a formação, o desenvolvimento de carreiras, a avaliação do desempenho, a planificação,”^(14:115). Entre os vários aspetos que os recursos humanos têm que dar atenção, estão os relacionados com a socialização dos novos elementos na organização tendo este processo início no processo de seleção de pessoal para os diferentes postos de trabalho.

A **seleção de pessoal** é a forma que a organização tem de adquirir recursos humanos para atingir os seus objetivos. O recrutamento de novos colaboradores pretende atrair os candidatos que tenham as melhores condições para o desempenho das tarefas que lhe são propostas⁽¹⁵⁾.

Os métodos de seleção de candidatos são diversos, desde as cartas de recomendação, a análise de currículos, questionários, provas de capacidade, testes de personalidade, testes psicológicos, entrevistas, programas de

avaliação (onde os candidatos têm que desempenhar determinadas tarefas simuladas), entre outras⁽¹⁶⁾.

O processo de seleção procura selecionar os colaboradores que melhor se adaptem ao posto de trabalho, no entanto fica por avaliar as aptidões para interagir em contexto organizacional, onde estão presentes diversas variáveis psicossociológicas. Diz Mosquera⁽¹⁷⁾ que a avaliação das competências profissionais têm-se mostrado insuficientes para prever a futura carreira profissional dos indivíduos nas organizações. Diz a mesma autora que o êxito ou fracasso do indivíduo numa organização, estão fortemente relacionados com as interações sociais que cada pessoa estabelece desde os primeiros dias de trabalho.

O processo de socialização

O trabalhador que chega a uma organização, para além dos conhecimentos e aptidões, leva também *“um conjunto de valores, motivações e expectativas face à organização e às pessoas que nela trabalham”*^(18:303). A organização é composta por outras pessoas, também elas portadoras de valores, motivações e expectativas que podem ser mais ou menos diferentes do recém-chegado. Assim, cada vez que é admitido um novo elemento, o equilíbrio social antes existente é alterado e há a necessidade de ajustamento, com a construção *“de uma relação de compromisso e de cedências mútuas a que habitualmente se designa de contrato psicológico”*^(19:303).

De acordo com Gómez-Mejía, Balkin e Cardy⁽²⁰⁾ a socialização é entendida como o processo pelo qual os novos colaboradores são integrados na organização, na sua unidade ou no seu posto de trabalho.

A definição de Louis de 1980, referenciada por Mosquera⁽²¹⁾, apresenta as duas ideias chave acerca da socialização nas organizações que mais são referenciadas, a ideia de aprendizagem e adaptação a novos papéis e a passagem de elemento externo a elemento integrante da

organização. Estes conceitos integram os valores, as aptidões, os comportamentos esperados e os conhecimentos sociais essenciais para terem um papel organizacional e para participarem como elementos ativos das organizações.

A socialização é importante quer para o trabalhador como para a organização. O sucesso ou o fracasso condicionam o empenhamento afetivo, a satisfação e a produtividade, com a possibilidade do desenvolvimento de comportamentos e atitudes negativas, que pode em casos extremos o próprio abandono do posto de trabalho, implicando perdas para a económicas para a organização⁽²²⁾.

A socialização diz, Gómez-Mejía, Balkin e Cardy⁽²³⁾, pode ser efetuada de forma informal, representando para estes autores um processo pouco planificado. Estes autores defendem que é necessário seguir um método pormenorizado e sistemático para que os novos elementos se convertam em trabalhadores eficientes na realização das suas tarefas. A ausência de um programa de socialização pode conduzir a más interpretações dos objetivos, da estrutura e da estrutura hierárquica, podendo chegar a situações de mau entendimento das suas funções na organização.

As fases da socialização

A socialização decorre em três fases distintas: a fase antecipatória, a fase de encontro e a fase de mudança e aquisição⁽²⁴⁾.

Na **fase antecipatória** há a dívida de informação sobre a organização e sobre quais as funções pretendidas. Estas informações podem ser fornecidas mesmo antes da contratação, tal como os valores e as normas da mesma, diz Porter referenciado por Mosquera⁽²⁵⁾.

Durante a socialização antecipatória a organização pretende criar as expectativas apropriadas para o posto de trabalho, devendo os candidatos ser informados dos aspetos positivos e dos negativos. Esta informação tem o objetivo de evitar o “choque da socialização”, resultante do confronto entre o esperado e a realidade.

Discrepâncias elevadas colocarão o trabalhador em posição defensiva em relação à organização⁽²⁶⁾. Mosquera⁽²⁷⁾, referindo Young e Lundberg, diz que esta é a maior causa de abandono da organização pelos trabalhadores nos primeiros seis meses após a admissão ao posto de trabalho o chamado “*turn-over*”.

A **fase do encontro** tem início com a admissão do trabalhador e com as primeiras relações com as estruturas da organização, onde deve assumir as suas funções, adquirir novas competências para desenvolver o papel que lhe é destinado e assimilar noções da cultura organizacional⁽²⁸⁾.

A última fase, é chamada de **mudança e aquisição**, que se caracteriza por uma aceitação mútua entre trabalhador e organização com um sentido de pertença⁽²⁹⁾. Esta fase manifesta-se com a presença de quatro características: nova autoimagem, fruto das relações interpessoais estabelecidas na organização; novos relacionamentos, de acordo com os novos papéis no seio da organização; a aceitação dos novos valores e a presença de comportamentos visando a manutenção e recompensas pela organização⁽³⁰⁾.

Programas de socialização

O ambiente que rodeia é um dos fatores que mais afeta a socialização das pessoas nas organizações e dos mais dificilmente controláveis, no entanto a maioria são possíveis de controlar através do desenvolvimento de programas de socialização⁽³¹⁾.

A existência de **programas de socialização** tem a finalidade de reduzir os níveis de ansiedade do novo membro da organização. Para a construção de um programa de socialização, diz Watts-Davies, referido por Mosquera⁽³²⁾ é necessário refletir sobre três questões fundamentais, que são:

- Que informação fornecer sobre a organização;
- Quem deverá fornecer a informação;
- Quando deverá ser fornecida a informação.

Segundo Mosquera⁽³³⁾ há muitos estudos que indicam a existência de benefícios com a implementação de programas de socialização. Young e Lundberg citado por Mosquera⁽³⁴⁾ dão importância ao acolhimento, com relevo ao apoio emocional. Este cuidado passa pela prévia preparação de chefias e destes aos colegas para a chegada de um novo colaborador.

O acolhimento é interpretado como as ações de passagem de informação sobre a missão, estrutura, direito e deveres e informação sobre o posto de trabalho e ainda a apresentação aos colegas de trabalho e responsáveis hierárquicos⁽³⁵⁾.

Por sua vez como integração é considerado um processo mais demorado onde o novo trabalhador toma conhecimento sobre a função, técnicas envolvidas e sobre as pessoas com quem relaciona no trabalho. Este processo termina quando a pessoa em integração é capaz de refletir criticamente sobre o trabalho e contribuir com iniciativas sobre o mesmo⁽³⁶⁾.

A organização segundo Porter, Lawler e Hackman⁽³⁷⁾ dispõe de três tipos de estratégias de reforço visando a socialização organizacional do trabalhador com a apreensão das condutas e valores da organização:

- **Reforço e confirmação**, a organização tem uma atitude positiva perante ações e atitudes desejáveis do recém-chegado e visa a sua manutenção;
- **Não reforço**, organização ignora ou não aprova ações e atitudes do recém-chegado, visando o seu abandono pela ausência de reforço;
- **Reforço negativo**, ações e atitudes indesejáveis são rejeitadas e punidas pela organização visando a sua eliminação

Estratégias de socialização

Existem diversas estratégias de socialização do trabalhador na organização, diz Mosquera⁽³⁸⁾ baseando-se nos conhecimentos de Van Maanem, Schein, Greenberg e Baron, assim são apresentados como:

- **Estratégias individuais ou coletivas**, onde as coletivas têm a vantagem de serem menos dispendiosas, possibilitar a troca de experiências facilitadoras das aprendizagens e o desenvolvimento do suporte afetivo entre os recém-chegados. Como aspecto negativo está a possibilidade do surgimento de grupos resistentes às práticas de socialização;
- **Estratégias formais ou informais**, as primeiras têm a vantagem de preservar a cultura organizacional, no entanto dificultam a transmissão de aprendizagens em contextos organizacionais díspares e condicionam algum isolamento social. Há ainda possibilidade de as aprendizagens não serem relevantes para o desempenho das funções, gerando desmotivação ao novo elemento. Por outro lado nas socializações informais, o trabalhador tem de aprender por si próprio, traduzindo-se em ansiedade e aumentando a possibilidade de erro;
- **Estratégias com carácter sequencial ou não sequencial**, as primeiras permitem aprendizagens graduais, com início em situações simples e avançando gradualmente para as mais complexas, com o risco de passagens para níveis superiores sem a necessária consolidação dos anteriores;
- **Estratégias em série ou isoladas**, as estratégias em série têm a finalidade de promover uma continuidade e um sentido histórico da organização, esta estratégia promove modos de conduta previamente estabelecidos e que auxiliam a ultrapassar situações conhecidas, tem como principal desvantagem a estagnação da própria organização. Por sua vez as estratégias isoladas despertam a inovação e a criatividade, no entanto são potenciadoras de maior ansiedade pelo desconhecimento da forma habitual de atuação e de resolução de problemas;
- **Estratégias de investidura ou despojamento**, estas estratégias têm a finalidade de destruir ou

confirmar a identidade do novo elemento, essa é reforçada caso vá ao encontro da missão e valores da organização ou pelo contrário afastá-los para aceitar os da organização. A primeira é útil quanto um novo elemento traz consigo competências relevantes para a melhoria da organização;

- **Estratégias fixas ou variáveis**, as fixas são previsíveis dando mais segurança aos novos elementos, tendo em si um potencial de marginalizar os novos colaboradores que se afastam do padrão geral. As estratégias variáveis dão uma maior flexibilidade no processo de socialização, correndo o risco de confusão ou de gerar incerteza.

Dos estudos de Allen e Mayer, referenciados por Mosquera⁽³⁹⁾, foi possível concluir que as organizações podem definir as práticas de socialização de acordo com o seu perfil institucional. Não reconhecendo uma estratégia isolada como melhor do que outra, deverão as necessidades de cada organização a definir a melhor ou uma conjugação de várias estratégias.

A forma como as organizações socializam os seus trabalhadores pode desenvolver-se de diferentes formas, como aponta Chiveanato⁽⁴¹⁾ e Mosquera⁽⁴²⁾:

- **Processo de seleção**, reconhece que a socialização tem início durante o processo de seleção, com o conhecimento do local de trabalho, as atividades que deverá desenvolver, o ambiente, cultura e valores da organização;
- **Conteúdo do cargo**, com o início em tarefas motivadoras e capazes de lhe proporcionar sucesso e aumentando gradualmente a dificuldade das tarefas para motivar e o incentivar a melhoria do desempenho;
- **Grupos de trabalho**, onde a socialização é atribuída a um grupo de trabalhadores com o objetivo de o influenciar na aquisição da cultura da organização;
- **Programas de integração**, são organizados para de forma rápida os trabalhadores adotem os valores,

atitudes da organização procurando potencial o desempenho;

- **A tutoria**, quando há a indicação de um profissional mais velho que acompanha e orienta o novo trabalhador durante o período inicial na organização;
- **Curso de acolhimento**, com a finalidade de preparar o novo trabalhador através de sessões de formação;

Os diferentes métodos de socialização têm como objetivos finais: a redução da rotatividade na organização, redução da ansiedade dos trabalhadores, reduzir o tempo de adaptação do trabalhador ao posto de trabalho e desenvolver expectativas realistas no trabalhador face à organização e desta em relação ao trabalhador⁽⁴³⁾.

O manual de acolhimento

O **manual de acolhimento** é um documento que é colocado à disposição dos trabalhadores recém-chegados, este contém informações sobre a organização. O seu conteúdo é variável dependendo do setor de atividade da organização. A informação presente deve ser indispensável para que o novo colaborador se integre com maior facilidade. Não deverá ser demasiado extenso, pois há o risco de se tornar pouco apelativo⁽⁴⁴⁾.

Os tutores

A estratégia de socialização pode passar pela existência de um tutor ou orientador do período de socialização, estas vantagens foram validadas pelos estudos de Greenberg e Baron citados por Mosquera que concluiu que este se encontra associado a um maior sucesso na carreira do novo membro da organização. O tutor deverá acompanhar o novo elemento durante o período de socialização para lhe fornecer informação sobre a organização e sobre o papel específico que irá desempenhar. Tem ainda um papel determinante na transmissão das melhores estratégias para alcançar os objetivos da organização e a evitar os erros. Para além destas funções o tutor pode-se revelar um suporte emocional ou afetivo, facilitando a ultrapassagem

de anseios ou inseguranças. A escolha do tutor deverá caber à hierarquia, não deverá ter um nível hierárquico inferior e poderá ser um elemento mais velho e experiente e portador de um status elevado na organização⁽⁴⁵⁾.

As vantagens e os riscos para o acompanhamento do novo elemento na organização são expressas no quadro nº1 e nº2.

A relação entre o novo trabalhador e o tutor poderá ter uma duração variável, no entanto de acordo com Greenberg e Baron, citado por Mosquera⁽⁴⁶⁾, estas passam por quatro etapas:

- **Iniciação**, com os primeiros contatos entre o novo trabalhador e o tutor;
- **Desenvolvimento**, aprofundamento dos laços e início da construção do projeto profissional por parte do novo trabalhador com o auxílio do tutor;
- **Separação**, início do afastamento com o cada vez maior ganho de autonomia;
- **Redefinição**, os dois intervenientes passam a ter uma relação de igualdade.

A avaliação

A avaliação deve ser efetuada pelo tutor, se ele existir, e pela hierarquia, podendo a classificação ser quantitativa ou qualitativa⁽⁴⁷⁾, podendo ser pedido a elaboração de um relatório que descreva aquele período Mosquera⁽⁴⁸⁾.

As metodologias de avaliação deverão ser o mais objetivas possíveis, pelo que a utilização de fichas de acompanhamento e avaliação e de entrevistas a meio e no final do período de socialização é aconselhado por Cardoso⁽⁴⁹⁾.

A avaliação do processo de integração pode ocorrer em simultâneo com o período experimental, onde a organização ainda pode optar pela admissão ou não do novo trabalhador para aquele posto de trabalho, tal como é descrito no Código do Trabalho (Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro)⁽⁵⁰⁾.

Conclusão

Os processos de integração apresentam-se como benéficos quer para os trabalhadores, quer para a organização. Para os primeiros permite uma redução dos níveis de ansiedade e de gestão do stress, fornecer suporte emocional, apoio técnico para um melhor desempenho profissional. Do ponto de vista da organização é a forma desta vincular o trabalhador aos seus valores e cultura organizacional e adaptar às novas tarefas a desenvolver da forma mais eficiente e eficaz.

Os processos de socialização podem assumir formas diversas de acordo com as tarefas exigida e com o perfil institucional da organização, utilizando as estratégias mais adequadas a cada circunstância. Não havendo uma resposta única para todas as situações é no entanto necessário garantir a sistemas de avaliação claros e objetivos.

Bibliografia

¹ Fontes, R. (2010). Cultura organizacional e gestão de recursos humanos. (Dissertação de Mestrado). Lisboa. Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Consultado em 1 de maio 2013 através de <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/3391/6/Corpo%20da%20tese%2c%20Bibliografia%20e%20Anexos.pdf>

² Mosquera, P. (2007). Integração e acolhimento. In: A. Caetano, Vala, J. Gestão de recursos humanos. Contextos, processos e técnicas (3ª ed.). (pp. 301-324). Lisboa: Editora RH.

³ Mancini, M., Sampaio, R. (2006). Quando o objeto de estudo é a literatura: estudos de revisão. *Revista brasileira de fisioterapia*. Acedido em 1 de maio, 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v10n4/00.pdf>

⁴ Mendes, K., Silveira, R., Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. Acedido em 1 de maio, 2013, em

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>

⁵ Ibidem

⁶ Ibidem

⁷ Chiavenato, I. (2002). Teoria geral da administração – volume II. (6ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Campus.

⁸ Milani, N., Mosquin, E., Michel, M. (2008). Uma breve análise sobre os conceitos de organização e cultura organizacional. *Revista científica eletrônica de administração*. Acedido em 20 de outubro, 2012, em <http://www.revista.inf.br/adm14/pages/resenhas/ADM-edic14-anoviii-nota01.pdf>

⁹ Teixeira, S. (1998). Gestão de organizações. Alfragide: McGraw Hill

¹⁰ Ibidem

¹¹ Ferreira, J., Neves, J., Abreu, P., Caetano, A. (1996). Psicossociologia das organizações. Lisboa: McGraw-Hill.

¹² Teixeira, S. (1998). Gestão de organizações. Alfragide: McGraw Hill.

¹³ Ibidem

¹⁴ Keating, J. (2007). A natureza da função de gestão de recursos humanos. In: Caetano, A., Vala, J. Gestão de recursos humanos. Contextos, processos e técnicas (3ª ed.). (pp. 101-116). Lisboa: Editora RH.

¹⁵ Ribeiro, R. (2007). Recrutamento e seleção. In: Caetano, A., Vala, J. Gestão de recursos humanos. Contextos, processos e técnicas (3ª ed.). (pp. 265-300). Lisboa: Editora RH.

¹⁶ Gómez-Mejía, L., Balkin, D., Cardy, R. (2000). Gestión de recursos humanos. (6ª ed.). Madrid: Prentice Hall.

¹⁷ Mosquera, P. (2007). Integração e acolhimento. In: A. Caetano, Vala, J. Gestão de recursos humanos. Contextos, processos e técnicas (3ª ed.). (pp. 301-324). Lisboa: Editora RH.

¹⁸ Ibidem

¹⁹ Ibidem

²⁰ Gómez-Mejía, L., Balkin, D., Cardy, R. (2000). *Gestión de recursos humanos*. (6ª ed). Madrid: Prentice Hall.

²¹ Mosquera, P. (2007). Integração e acolhimento. In: A. Caetano, Vala, J. *Gestão de recursos humanos. Contextos, processos e técnicas* (3ª ed.). (pp. 301-324). Lisboa: Editora RH.

²² Gomes, J., Cunha, M., Rego, A., Cunha, R., Cardoso, C., Marques, A. (2008). *Manual de Gestão de Capital Humano*. 1ª Edição. Lisboa: Sílabo.

²³ Gómez-Mejía, L., Balkin, D., Cardy, R. (2000). *Gestión de recursos humanos*. (6ª ed). Madrid: Prentice Hall.

²⁴ Mosquera, P. (2007). Integração e acolhimento. In: A. Caetano, Vala, J. *Gestão de recursos humanos. Contextos, processos e técnicas* (3ª ed.). (pp. 301-324). Lisboa: Editora RH.

²⁵ Ibidem

²⁶ Gómez-Mejía, L., Balkin, D., Cardy, R. (2000). *Gestión de recursos humanos*. (6ª ed). Madrid: Prentice Hall.

²⁷ Mosquera, P. (2007). Integração e acolhimento. In: A. Caetano, Vala, J. *Gestão de recursos humanos. Contextos, processos e técnicas* (3ª ed.). (pp. 301-324). Lisboa: Editora RH.

²⁸ Cunha, M., Rego, A., Cunha, R., Cabral-Cardoso, C. (2006). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. 5ª Edição. Editora RH.

²⁹ Cunha, M., Rego, A., Cunha, R., Cabral-Cardoso, C. (2006). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. 5ª Edição. Lisboa: Editora RH.

³⁰ Porter, L., Lawler, E., Hackman, J. (1987). *Behavior in organizational*, Singapura, McGraw-Hill.

³¹ Mosquera, P. (2007). Integração e acolhimento. In: A. Caetano, Vala, J. *Gestão de recursos humanos. Contextos, processos e técnicas* (3ª ed.). (pp. 301-324). Lisboa: Editora RH.

³² Ibidem

³³ Ibidem

³⁴ Ibidem

³⁵ Pinto, P. (2008). *A Gestão Integrada dos Recursos Humanos. Integração e acolhimento*. Consultado em 22 de outubro de 2012 através de http://prof.santana-e-silva.pt/EGI_grh/trabalhos_08_809/Word/Integra%C3%A7%C3%A3o%20e%20Acolhimento.doc.pdf

³⁶ Ibidem

³⁷ Porter, L., Lawler, E., Hackman, J. (1987). *Behavior in organizational*, Singapura, McGraw-Hill.

³⁸ Mosquera, P. (2007). Integração e acolhimento. In: A. Caetano, Vala, J. *Gestão de recursos humanos. Contextos, processos e técnicas* (3ª ed.). (pp. 301-324). Lisboa: Editora RH.

³⁹ Ibidem

⁴⁰ Gomes, J., Cunha, M., Rego, A., Cunha, R., Cardoso, C., Marques, A. (2008). *Manual de Gestão de Capital Humano*. 1ª Edição. Lisboa: Sílabo.

⁴¹ Chiavenato, I. (1998) *Recursos Humanos*. 5ª Edição. São Paulo: Editora Atlas.

⁴² Mosquera, P. (2007). Integração e acolhimento. In: A. Caetano, Vala, J. *Gestão de recursos humanos. Contextos, processos e técnicas* (3ª ed.). (pp. 301-324). Lisboa: Editora RH.

⁴³ Ivancevich, J. (2008). *Gestão de Recursos Humanos*. (10ª ed.). São Paulo: McGraw Hill.

⁴⁴ Mosquera, P. (2007). Integração e acolhimento. In: A. Caetano, Vala, J. *Gestão de recursos humanos. Contextos, processos e técnicas* (3ª ed.). (pp. 301-324). Lisboa: Editora RH.

⁴⁵ Ibidem

⁴⁶ Ibidem

⁴⁷ Peretti, J. (1997). *Recursos Humanos*. Lisboa: Edições Sílabo.

⁴⁸⁾ Mosquera, P. (2007). Integração e acolhimento. In: A. Caetano, Vala, J. Gestão de recursos humanos. Contextos, processos e técnicas (3ª ed.). (pp. 301-324). Lisboa: Editora RH.

⁴⁹⁾ Cardoso, A. (2001). Recrutamento e seleção de pessoal. Lisboa: Lidel.

⁵⁰⁾ Lei n.º 7/2009 de 12 de Fevereiro. Diário da República nº 30/2009 - I Série A. Lisboa: Assembleia da República.